

## MÉMOIRES ORIGINAUX

### I

#### SYNDROME MÉNINGÉ AU COURS D'UNE HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE

PAR

**L. Lévy et Gonnet**

(Travail de la clinique de M. le professeur Roque, Lyon.)

L'hémorragie cérébrale comporte une symptomatologie qui, dans la majorité des cas, ne laisse guère de place à l'incertitude du diagnostic. Cependant, lorsque le foyer siège en zone muette, le tableau clinique peut se réduire au point de poser un problème de solution fort malaisée. La difficulté d'interprétation est accrue encore quand des manifestations méningées se mêlent ou se substituent aux signes de déficit ou d'irritation provoqués habituellement par tout raptus hémorragique intracérébral. En pareil cas, c'est fatidiquement du côté d'une lésion méningée que l'attention est exclusivement attirée, et la constatation d'un foyer, parfois volumineux, d'hémorragie cérébrale, constitue une surprise d'autopsie. Cette éventualité s'est trouvée réalisée chez le malade dont nous rapportons l'histoire.

**OBSERVATION.** — Ch..., cultivateur, 56 ans, est amené dans le service de notre maître, M. le professeur Roque, le 1<sup>er</sup> avril, au soir, dans un coma complet.

Les renseignements fournis sur son compte sont assez peu précis. Cependant, il semble certain qu'en dehors d'un alcoolisme accentué, aucun épisode pathologique sérieux n'ait marqué l'existence de ce sujet dont les antécédents héréditaires ne peuvent être fournis.

Le samedi 29 mars, cet homme travaillait encore aux champs avec son entraînement habuel.

Le dimanche 30, au réveil, il éprouve un malaise général, de l'asthénie; il a une céphalée occipitale qui augmente progressivement.

Dans la matinée, un vomissement sans effort.

L'après-midi, second vomissement, aussi facile que le premier. Le malade se couche; on aurait remarqué une attitude en chien de fusil. Bientôt survient de l'obnubilation intellectuelle, puis un délire tranquille, et dans la soirée, très progressivement, sans ictus apoplectiforme, s'installe un coma d'où le malade ne devait plus sortir.

A l'entrée, sujet robuste; téguments pâles au niveau desquels on ne relève ni cicatrice, ni pigmentation susceptibles de faire suspecter la syphilis. Pupilles contractées, pouls ralenti (56), température 36°8. Respiration calme et lente souvent entrecoupée de pauses, avec une ébauche de Cheyne-Stokes. Pas de Stertor. Résolution musculaire

complète. Aucun trouble de la motilité : pas d'hémiplégie ni d'hémiplégie ; réflexe plantaire en flexion des deux côtés ; très légère exagération des réflexes rotulien et clonus ; ni déviation conjuguée de la tête et des yeux, ni paralysie faciale ou oculaire. On constate un certain degré de raideur.

Au cœur, pointe abaissée dans le VI<sup>e</sup> espace intercostal, bruit de galop très net. Artères dures, sinuées, grosse hypertension : 23 au Recklinghausen. Le catéthérisme de l'urètre permet de recueillir une urine rouge foncé, très albumineuse.

On fait le diagnostic de coma urémique et on pratique immédiatement une saignée de 500 centimètres cubes. Sous l'influence de cette intervention, le malade semble sortir de sa torpeur ; cependant, il ne répond qu'avec peine et de façon inintelligible aux questions qu'on lui pose.

Simplement, le coma réapparaît. De plus, au cours de la nuit, surviennent des phénomènes convulsifs localisés à la face et au bras du côté droit, atteignant quelquefois le membre inférieur du même côté et prenant l'aspect de crises d'épilepsie jacksonienne.

De temps en temps, cependant, les mouvements se généralisent à tout le corps.

Le lendemain matin, le malade est toujours dans un coma profond. Les manifestations convulsives persistent, toujours du type jacksonien.

On constate de plus l'apparition d'une hémiplégie droite, surtout marquée au niveau des membres et respectant la face ; le signe de Babinski est positif, les réflexes sont nettement exagérés de ce côté. On pratique une ponction lombaire qui donne issue à un liquide sous forte tension, trouble, légèrement jaunâtre.

Progressivement, au cours de la journée, les crises épileptiformes se rapprochent au point de devenir subintrantes. On en compte trente-trois jusqu'au soir, où le malade succombe au milieu de phénomènes convulsifs généralisés constituant un véritable état de mal épileptiforme.

*Étude du liquide céphalo-rachidien.* — Liquide très hypertendu, trouble, jaune pâle.

Après centrifugation, culot abondant, puriforme.

*Examen cytologique.* — Peu d'hématies, globules blancs très nombreux, constituant à peu près exclusivement la masse du culot.

On compte, pour 100 leucocytes :

Polynucléaires neutrophiles .....	92 %
Grands et moyens mononucléaires.....	5 %
Lymphocytes.....	3 %

*EXAMEN CHIMIQUE.* — *Albumine.* — Quantité peu abondante, à peine supérieure à celle d'un liquide normal.

*Sucre.* — Réduction très discrète de la liqueur de Fehling.

*Pigments biliaires.* — Réaction de Guelin positive.

*EXAMEN BACTÉRIologique.* — Aucun élément microbien sur les frottis.

Les ensemencements sur bouillon, gélose, gélose-ascite restent négatifs.

*Le dosage de l'urée dans le sang* recueilli par saignée donne le chiffre de 0 gr. 35 par litre.

*AUTOPSIe.* — *Système nerveux* — Rien à noter du côté de la dure-mère et des sinus. Les méninges molles présentent leur aspect normal, sauf un très léger degré de congestion à gauche, dans la région du pli courbe.

Les méninges ne sont pas épaissies. Nulle part à leur niveau de suffusion sanguine ni de caillot.

Les circonvolutions de la convexité sont intactes : en particulier, intégrité parfaite au niveau de la zone psycho-motrice.

Les artères basiliaires et leurs branches présentent des lésions d'athérome.

L'hémisphère gauche, dans son ensemble, est un peu augmenté de volume.

A la coupe, présence dans la région pariéto-temporale d'un gros foyer hémorragique. Ses dimensions sont celles d'une mandarine. Ce foyer répond en avant à la région insulaire qui est en partie détruite, en arrière au sillon interpariéto, en dedans à la corne occipitale du ventricule latéral, en dehors aux circonvolutions II<sup>e</sup> pariétale et parietale inférieure ainsi qu'aux I<sup>e</sup> et II<sup>e</sup> temporales. Les caillots contenus dans ce foyer sont rouges, récents, non adhérents. La surface interne des parois de la cavité débarrassée des caillots est toutefois irrégulière. Il n'y a pas de solution de continuité à la périphérie de la cavité ; à noter que du côté de la corticalité, la paroi est très mince.

L'hémisphère droit et les autres régions des centres nerveux ne présentent pas d'altérations.

Signalons enfin l'existence d'un gros cœur de Traube et de petits reins granuleux et kystiques.

En somme, il s'agissait d'une grosse hémorragie cérébrale qui, en dépit de son volume, ne se jugea pas par des signes susceptibles d'en entraîner le diagnostic clinique. Bien plus, une série de constatations, faites pendant le court séjour du malade dans le service, autorisait des hypothèses que rien, en réalité, ne devait justifier.

Nous n'insisterons pas sur les signes qui, au début, pouvaient faire admettre l'existence d'une urémie convulsive. La polynucléose à globules intacts n'excluait pas cette possibilité. MM. Chauffard (1), Caussade et Willette (2), Mosny et Pinard (3) l'ont constatée dans des cas d'urémie fort démonstratifs. Cette idée fut vite abandonnée quand on eut établi le taux de l'urée dans le sang.

Il n'en fut pas de même du diagnostic d'hémorragie méningée qui fut adopté après qu'on eut rapproché des résultats de la ponction lombaire, une série de signes d'irritation méningée (céphalée violente, vomissement à type cérébral, attitude en chien de fusil, raideur légère du début, puis somnolence, délire, coma et épilepsie jacksonienne). Certes, la ponction ne nous avait pas donné de sang pur, mais un liquide teinté en jaune, contenant des pigments biliaires et quelques globules rouges dans le culot de centrifugation. L'hémorragie que nous admptions datait donc vraisemblablement de quelques jours, et nous interprétons la grosse polynucléose constatée comme une réaction méningée secondaire à l'hémorragie, réaction infinitement plus manifeste au moment de l'examen que l'hémorragie supposée initiale.

En réalité, la constatation d'une congestion méningée discrète et très localisée, d'autre part, la présence d'un gros foyer d'hémorragie cérébrale nettement isolé des cavités sous-arachnoïdiennes, nous obligeait à faire de celui-ci la cause du complexus symptomatique, clinique et cytologique.

Les descriptions ne manquent pas, depuis les travaux de Chauffard et Froin, où des symptômes méningés sont mentionnés au cours des raptus hémorragiques cérébraux; mais en pareil cas, et les observations d'Achard et Ramond (4), de Lereboullet et Lagane (5), de Zanfisescu (6) en témoignent, le culot de centrifugation est nettement hématif; chez notre malade, il était puriforme. C'est ce qui rapproche notre observation, pensons-nous, du type clinique isolé par MM. Claude et Verdun (7), qui constitue la forme méningée de l'hémorragie cérébrale et dans laquelle l'expression clinique est tout entière

(1) CHAUFFARD, Urémie aiguë et polynucléose céphalo-rachidienne, *Sem. méd.*, 1907, p. 544.

(2) CAUSSADE et WILLETT, Urémie convulsive et comateuse. Liquide céphalo-rachidien puriforme, *Soc. méd. hôp. Paris*, 24 juillet 1908, p. 199.

(3) MOSNY et PINARD, Urémie chronique et leucocytose céphalo-rachidienne, *Soc. méd. hôp. Paris*, décembre 1908, p. 796.

(4) ACHARD-RAMOND, Hémorragie cérébro-méningée à symptômes méningitiques. *Revue de Neurologie*, 1904, p. 1140.

(5) LEREBOULLET-LAGANE, Hémorragies étendues et multiples des hémisphères cérébraux et du corps calleux sans symptômes de localisation au cours d'une pycnoniphrite ancienne. *Bull. Soc. med. des Hôp. de Paris*, 15 novembre 1910, p. 535.

(6) ZANFISESCO, Hémorragie cérébrale chez un enfant de 13 ans, simulant la méningite. Analyse in *Revue de Neurologie*, 1902, p. 865.

(7) CLAUDE et VERDUN. Syndrome méningé subaigu avec réaction aseptique du liquide céphalo-rachidien au cours des hémorragies cérébrales frustes corticales. *Bull. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 7 juillet 1911, p. 68.

conditionnée par l'œdème des lobes cérébraux avoisinant le foyer et par un certain degré de congestion méningée de voisinage.

Depuis la description de MM. Claude et Verdun, une seule observation du même syndrome, à notre connaissance, a été publiée par MM. Rendu et Flandin (1). Ces cas se caractérisent par un syndrome méningé accompagné de polynucléose du liquide céphalo-rachidien, sans hémorragie, et par l'apparition plus tardive de symptômes d'hémiplégie fruste avec coloration jaunâtre du liquide de ponction.

Dans notre observation, nous avons observé d'emblée une légère xanthochromie du liquide centrifugé; elle eût sans doute fait défaut si la ponction avait été contemporaine des manifestations morbides initiales.

Nous avons noté, comme MM. Rendu et Flandin, une faible quantité d'albumine et un taux sensiblement normal de sucre dans le liquide céphalo-rachidien, signes plus en rapport, comme le pensent ces auteurs, avec une réaction méningée secondaire qu'avec un processus primitif.

Ajoutons enfin que, dans notre cas comme dans les deux précédents, le foyer hémorragique était localisé à la région rolandique du lobe temporal.

Il y a donc lieu de souligner à nouveau, à côté des précieux services que rend journallement la ponction lombaire, la difficulté des problèmes qu'elle peut poser sans toujours les résoudre. Il faudra désormais compter, dans le diagnostic de l'hémorragie cérébrale, avec ces cas, évidemment rares, dans lesquels, non seulement les signes de l'hémorragie font longtemps défaut, mais encore où s'installent des symptômes méningés plus ou moins accusés suivant le moment où on observe le malade, et grandement susceptibles d'égarer le diagnostie.

Enfin, en terminant, il nous paraît particulièrement intéressant de rapprocher de cette forme d'hémorragie cérébrale, la forme méningée des tumeurs cérébrales bien individualisée par MM. Guillain et Verdun (2) et les réactions méningées contemporaines des ramollissements corticaux de l'encéphale, dont MM. Babinski et Gendron (3), puis plus récemment MM. Abrami, Gautier et Weissenbach (4) ont donné des exemples fort démonstratifs. Ces différents processus, éminemment dissemblables par leur pathogénie et leur nature, peuvent cependant, en raison d'une réaction anatomique analogue, présenter dans leur évolution un certain nombre de traits communs, circonstance particulièrement trompeuse, que l'on doit toujours, en clinique, avoir présente à l'esprit.

(1) RENDU et FLANDIN, Syndrome clinique et cytologique de méningite au cours d'une hémorragie cérébrale. *Bull. Soc. méd. Hôp. de Paris*, 26 juillet 1912, p. 200.

(2) GUILLAIN et VERDUN, La forme méningée des tumeurs cérébrales. *Bull. Soc. méd. Hôp. de Paris*, 1911, 8 décembre, p. 521; — VERDUN, Étude anatomo-clinique sur les complications méningées des tumeurs cérébrales. *Thèse de Paris*, 1912.

(3) BABINSKI et GENDRON, Leucocytose du liquide céphalo-rachidien au cours du ramollissement de l'écorce cérébrale. *Bull. Soc. méd. Hôp. de Paris*, 22 mars 1912, p. 370.

(4) ABRAMI, GAUTIER et WEISSENBACH, Réaction puriforme, puis hémorragique du liquide céphalo-rachidien au cours d'un ramollissement cérébral embolique. *Bull. Soc. méd. Hôp. de Paris*, 7 mars 1913. (Nous n'avons pu prendre connaissance de ce travail que dans un résumé, sa publication dans les *Bulletins de la Société des hôpitaux de Paris* ayant été annoncée, mais non réalisée).

## II

**SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE  
POUR PRODUIRE DES LÉSIONS EXPÉRIMENTALES  
DES CENTRES NERVEUX**

PAR

**A. Bertolani,**

Assistant à l'Institut psychiatrique de Reggio-Emilia.

Les méthodes pour la destruction artificielle de parties déterminées des centres nerveux des animaux de laboratoire sont nombreuses. Elles varient, naturellement, selon qu'il s'agit d'expérimenter sur la surface ou en profondeur. Les lésions superficielles ne présentent pas d'obstacles, car la partie à attaquer peut être atteinte par un acte opératoire simple et la destruction de la substance nerveuse mise à nu peut être faite mécaniquement (à l'aide de bistouris, de cuillères tranchantes, de ciseaux), ou par des agents physiques (chaleur, thermocautère de Paquelin, galvanocaustique), ou par des agents chimiques (caustiques). Mais les lésions expérimentales des parties profondes offrent de grandes difficultés.

Les physiologistes et les neurologistes ont tenté de nombreuses voies, mais ils ont presque toujours dû recourir à des actes opératoires graves, lésant même d'autres parties en même temps que celles qui avaient été visées. La brûlure par l'anse galvanique et les stimulations électriques ne peuvent elles-mêmes être faites seulement qu'après de notables destructions de parties superficielles. Les injections de substances chimiques (caustiques, par exemple acide chromique), dont le champ d'action ne peut absolument être limité et qui donnent lieu à de violents phénomènes réactionnels et par conséquent irritatifs pour les parties du système nerveux proches du point détruit, ne présentent pas non plus beaucoup d'avantages.

Les injections de substances à action spécifique sur le système nerveux, telles que la cocaine, la morphine, etc., donnent lieu à des phénomènes passagers d'abolition ou d'altération de fonctions dans la zone frappée. Pour reconnaître le point sur lequel de telles solutions ont agi, on a recours à l'artifice de les teindre avec des couleurs d'aniline. On ne peut cependant affirmer avec assurance que le coefficient de diffusion de la couleur soit le même que celui de l'alcaloïde et par conséquent la délimitation de la zone explorée devient difficile.

On a même imaginé (Corona, V. Bianchi, Veyssiére, etc.) des instruments plus ou moins simples pour atteindre les parties profondes des organes nerveux, mais on ne peut s'en servir facilement et éviter des lésions superficielles importantes. De meilleurs résultats ont été donnés par la méthode de l'électrolyse bipolaire (Sellier et Verger), qui est néanmoins assez compliquée.

De nombreuses conquêtes dans le champ de la neurologie ont été faites en

étudiant anatomo-pathologiquement des cas cliniques, dans lesquels les symptômes étaient provoqués uniquement par des hémorragies. Quelquefois, en effet, le foyer hémorragique, par sa petitesse et par sa nette délimitation, a la valeur d'une parfaite expérience physiologique; d'où l'idée de répéter chez les animaux ce qu'on vérifie assez fréquemment chez l'homme.

Une injection dans la substance nerveuse est la meilleure façon de reproduire les effets mécaniques dus à la rupture d'une artère. Mais il existe une profonde différence entre les liquides qu'on a employés jusqu'à présent et le sang. Elle consiste dans l'énorme diffusibilité des premiers par rapport à celle du second. Comme l'injection de sang (proposée par Laborde et Lemoine) présenterait assez d'inconvénients, j'ai pensé pouvoir recourir à une substance qui ne se répande pas dans le tissu nerveux et qui ait une forte cohésion. Le mercure métallique peut très bien être appliqué, mais à cause de ses propriétés toxiques, on peut l'employer seulement si l'on veut voir les effets immédiats de la lésion. Il ne permet pas, ou tout au moins il altère l'expérience, si l'on désire étudier les procès consécutifs de dégénération.

Au lieu d'injections de mercure, je propose l'usage d'injections de paraffine au point de fusion 38-40°, telles qu'elles ont aussi été employées pour des prothèses. La technique est très facile. On coupe les téguments et après avoir fait dans la cloison osseuse un trou avec un trépan très fin (un trépan d'horloger peut servir), on introduit l'aiguille d'une seringue Pravaz pleine de paraffine fondu. La seringue, avant le remplissage, doit avoir été chauffée à environ 30°. On attend que la seringue soit un peu refroidie et quand la paraffine est près de la solidification, on chauffe de nouveau l'aiguille, on l'introduit avec la plus grande rapidité possible et l'on fait vivement l'injection.

Dans la masse du tissu nerveux, il se forme ainsi une boule solide qui, par ses effets mécaniques, représente très bien une hémorragie. En se servant d'une aiguille très longue et en la retirant progressivement tandis qu'on fait sortir la paraffine, on peut produire des lésions linéaires et séparer ainsi par un petit bâton plus ou moins régulier de longues fractions d'organe. Naturellement, la grandeur des destructions est proportionnelle à la quantité de paraffine injectée.

La méthode a beaucoup d'avantages, dont le plus important consiste en une grande simplicité et en une épargne d'animaux qui souvent succombent aux autres actes opératoires. Elle a aussi plusieurs inconvénients. Le plus grave est que l'injection n'arrive pas toujours à l'endroit désiré. Une exacte connaissance de la topographie crano-céphalique de l'animal sur lequel on opère facilitera de beaucoup la tâche. Rien n'empêche, en cas de besoin, de substituer au petit trou fait par le trépan une brèche assez large pour permettre de reconnaître l'endroit où l'on doit faire l'injection. De même que les autres méthodes, mais à un moindre degré, elle a aussi le désavantage qu'il ne sera pas toujours possible de distinguer les faits de l'abolition de la fonction et les phénomènes irritatifs. Je ne crois pas que la petite trace laissée par l'aiguille chaude dans la zone située au-dessus de la lésion puisse avoir beaucoup d'importance.

Malgré ces défauts, je suis convaincu que ma méthode donne — surtout pour provoquer des lésions profondes et limitées : par exemple dans le cervelet, dans les ganglions de la base, etc. — de bons résultats, et quelques-unes de mes expériences, que je ferai bientôt mieux connaître, le confirment pleinement.

## ANALYSES

### NEUROLOGIE

#### ÉTUDES GÉNÉRALES

#### BIBLIOGRAPHIE

589) **Technique des Recherches Microscopiques sur le Système Nerveux** (Technik der mikroskopischen Untersuchung des Nervensystems), par W. SPIELMEYER (de Munich), 2<sup>e</sup> édition, 1 vol. de 145 pages. Berlin, J. Springer, édit., 1914.

La première édition de cet ouvrage, parue en 1911, a été l'objet d'une analyse détaillée (v. R. N., 1911, t. II, p. 415).

Cette seconde édition comporte des remaniements et des adjonctions nécessités par les progrès de la technique microscopique du système nerveux. Les détails des méthodes de recherche ont été précisés et rendus plus facilement accessibles aux débutants.

Un chapitre a été consacré à la coloration des microorganismes des centres nerveux, spirochète, trypanosome, bacille tuberculeux, corpuscule de Negri. L'étude des réactions des produits de dégénération et les recherches sur les nerfs périphériques ont été complétées.

Ce petit manuel rendra de réels services aux travailleurs des laboratoires de neuropathologie.

R.

590) **Anatomie du Système Nerveux central de l'Homme**, par G. STERZI (de Cagliari), tome I, 1 volume de 566 pages avec 278 figures en noir et en couleurs. A. Draghi, édit., Padoue, 1914.

En deux volumes, dont le tome 1<sup>er</sup> vient de paraître, l'auteur a présenté, en langue italienne, l'anatomie du système nerveux de l'homme. Son œuvre rendra un grand service aux neurologistes italiens. Il s'est efforcé de condenser les études de ses compatriotes, souvent publiées en d'autres langues, mais il a donné aussi aux travaux des autres pays la large place qu'ils méritent. Par là, comme il le dit lui-même, il a fait une œuvre utile à la fois pour la science et pour sa patrie.

Dans ce premier volume, on trouvera :

CHAPITRE PREMIER. — *La structure du système nerveux central. (Cellule nerveuse, fibres nerveuses, tissu interstitiel.)*

CHAPITRE II. — *Histogenèse du développement du tissu nerveux.*

CHAPITRE III. — *Généralités sur l'anatomie du système nerveux.*

CHAPITRE IV. — *Moelle (conformation, structure, développement).*

CHAPITRE V. — *Encéphale en général.*

**CHAPITRE VI. — Myélocéphale et ses nerfs.**

Des considérations d'anatomie comparée accompagnent chacun de ces chapitres.

L'ouvrage est accompagné de nombreuses figures schématiques en noir et en couleur.

R.

**PHYSIOLOGIE****591) Sur le Cervelet et le Statotonus** (*Über das Kleinhirn und den Statotonus*), par L. EDINGER. *Zentralbl. f. Physiologie*, XXVI, p. 618-623, 1912.

Le statotonus, cet état de tension musculaire, coordonné et variable, nécessaire à l'équilibre du corps au repos ou en mouvement, a pour siège principal le cervelet. Il n'est pas détruit par l'ablation des hémisphères cérébraux ou des ganglions mésocéphaliques, mais il est complètement aboli chez un chien spinal. Les impressions réceptives qui provoquent le statotonus arrivent au cervelet par les racines postérieures et la partie frontale du faisceau cérébelleux latéral.

Par cette voie, les excitations arrivent aux cellules de Purkinje dont les fibres revêtent comme un feutre épais et émettent des cylindraxes se rendant aux noyaux de l'écorce cérébelleuse.

Ces noyaux émettent des fibres qui gagnent la calotte du mésocéphale, la moelle allongée et la partie supérieure de la moelle épinière. Ces fibres peuvent être considérées comme les voies centrifuges pour le maintien du statotonus. Il est probable que le vermis du cervelet exerce une influence notable sur la production du statotonus maintenu par les excitations périphériques.

Ces faits physiologiques sont déduits, par l'auteur, de ses nombreuses recherches histologiques sur le cervelet des oiseaux et d'un rapprochement des données anatomiques avec des faits expérimentaux et classiques. M. M.

**592) Localisation des Inhibitions dans la Moelle de la Grenouille strychnisée** (*Die Lokalisation der Hemmung im Rückenmark des strychninfrösches*), par JASUTARO SATAKE. *Zeitschr. f. Allg. Physiologie*, XIV, p. 79-92, 1912.

L'auteur conclut de ses expériences faites sur les grenouilles mâles dans le laboratoire de Verworn, à Bonn, que les phénomènes d'inhibition observés chez la grenouille strychnisée à la suite de l'excitation fréquente d'une même voie sensitive, sont dus à une période réfractaire provoquée par l'interférence des excitations dans les ganglions sensitifs des cornes postérieures. Mais lorsqu'on excite deux racines postérieures différentes, l'une lentement, l'autre rapidement, les phénomènes d'inhibition qui se produisent alors sont dus à un stade réfractaire provoqué par une interférence des excitations ayant pour siège les cellules ganglionnaires motrices des cornes antérieures. M. M.

**593) Inhibition Réflexe du Muscle squelettique** (*Reflex inhibition of skeletal muscle*), par A. FORBES. *Quarterly journ. of experim. Physiology*, V, p. 149-187, 1912.

Grâce à une préparation spéciale, l'auteur a pu obtenir chez des chats décébrés, un arc réflexe d'excitation et un arc réflexe d'inhibition de certains muscles de la cuisse. Il a pu étudier ainsi l'influence réciproque de ces deux espèces de réflexes et tirer de ces expériences des conclusions intéressantes

relatives au mécanisme de l'inhibition. La fatigue de l'arc exciteur n'est pas retardée par l'excitation simultanée des deux arcs; elle apparaît dans ce dernier aussi vite que si l'arc exciteur était seul mis en jeu. La réaction motrice de l'arc exciteur est notablement influencée par une inhibition préalable et prolongée; son amplitude est en rapport inverse avec l'intensité de l'excitation inhibitrice. Il existe, toutefois, une intensité pour ainsi dire critique de l'inhibition qui ne modifie guère la réaction de l'arc réflexe exciteur.

M. M.

**394) Sur l'Innervation de quelques Muscles de la Cuisse dans le Réflexe d'essuyage de la Grenouille spinale** (*Ueber die Innervation einiger Muskeln des Oberschenkels im Abwischreflex des Rückenmarksfrosches*), par J.-S. BERITOFF. *Archiv für Anat. u. Physiologie*, p. 296-316, 1912.

L'auteur a cherché à déterminer les territoires réceptifs du réflexe d'essuyage ainsi que les segments médullaires nécessaires à la mise en jeu de ce réflexe. On sait que le réflexe d'essuyage ou de nettoyage chez la grenouille spinale, c'est-à-dire décérébrée, consiste dans un frottement exercé sur la partie excitée à l'aide des doigts de la patte homolatérale.

Il résulte des recherches de l'auteur que ce réflexe possède un territoire réceptif bien délimité par la surface cutanée des extrémités antérieures, le dos et la partie externe de la cuisse. Les muscles de la cuisse contractés sont le triceps, le couturier et l'iléo-fémoral. Par contre, le semi-tendineux, le semi-membraneux et le grand droit sont relâchés par action inhibitrice.

Les segments médullaires nécessaires à la production de ce réflexe diffèrent de ceux qui commandent les mouvements volontaires du nerf actif.

M. M.

**595) Contribution à l'étude des Nerfs Centripètes des Vaisseaux sanguins** (*Zur Lehre von den zentripetalen Nerven der Blutgefäße*), par P. KAUFMANN. *Arch. f. d. gesam. Physiologie*, CXLVII, p. 71-89, 1912.

Ce travail apporte un appont à l'opinion déjà émise par l'auteur, à savoir que les gros vaisseaux, artères ou veines, ne contiennent pas de nerfs centripètes vaso-sensibles qui serviraient à modifier la pression artérielle par voie réflexe. Seule, l'aorte contient quelques ramifications du nerf dépresseur de Cyon et peut devenir ainsi le siège de modifications réflexes de la tension aortique. Les modifications réflexes de la pression sanguine générale ont leur origine dans les nerfs des tissus environnant le système vasculaire.

M. M.

**596) Variations de l'Irritabilité de l'Arc Réflexe dans des Conditions Asphyxiiques, avec Analyse des Gaz du Sang** (*Variations in irritability of the reflex arc. I. Variations under asphyxial conditions with blood gas determinations*), par E.-L. PORTER. *Amer. Journ. of Physiology*, XXXI, p. 223-244, 1913.

Les expériences de l'auteur, faites sur le chat spinal, montrent que l'arrêt de la respiration n'amène pas d'emblée une modification dans l'excitabilité de l'arc réflexe constitué par le nerf tibial, la moelle et les fléchisseurs de la patte. Ce n'est qu'au bout de trois ou quatre minutes que le seuil de l'excitation s'élève brusquement et le réflexe disparaît. Le sang contient 6 % d'oxygène et 30 % d'acide carbonique. Il n'y a donc pas d'augmentation d'excitabilité réflexe pendant l'asphyxie établie.

M. M.

TECHNIQUE

597) **Substitution de la Gélatine au Baume dans les Préparations microscopiques**, par EDINGER (Francfort). *Archiv für Psychiatrie*, t. LII, fasc. 2, p. 833, 1913.

Recommandable pour les réactifs qui ne se dissolvent pas dans l'eau. Les manœuvres de déshydratation sont complètement évitées : colorations de la myéline, des fibrilles à l'argent, de l'hématoxyline, carmin, etc. ; — non utilisable pour les couleurs d'aniline, le Golgi.

Après lavage à l'eau, la coupe reste une heure dans la gélatine photographique (marque Siesegang-Höchst) à 10 % additionnée de 2 % de glycérine; ce séjour évite les bulles (inutile pour les petites coupes). Porter les coupes sur des lames où l'on a auparavant fait prendre une couche de cette gélatine; puis on recouvre de gélatine. Les opérations sont faites à 40°.

Refroidir les coupes, les plonger dans le formol à 10 % une demi-heure, sécher. Les préparations sont devenues insolubles dans l'eau et sont transparentes. Pas de couvre-objet. On peut examiner à l'immersion.

M. TRÉNEL.

598) **Un nouvel Esthésiomètre**, par le docteur SIEGMUND AUERBACH. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol. XL, n° 2, p. 106-108, février 1913.

Instrument commode, tenant aisément dans la poche. Ce nouvel esthésiomètre se compose de deux parties. L'une, comprenant une pointe, un crayon dermatographique, un petit pinceau de blaireau, et contenant un ressort gradué, permet d'apprécier la sensibilité tactile, douloureuse et la sensibilité à la pression; l'autre, formée de deux tubes réunis par une pièce intermédiaire, contient à une de ses extrémités de l'acétate de soude qui, chauffé sur une lampe à alcool, donne de hautes températures; l'autre extrémité peut être remplie d'eau ou de glace, ou de cristaux ammoniacaux, l'ensemble permettant l'appréciation de la sensibilité au chaud et au froid.

L'instrument, fabriqué par Ruy, Sherer et C<sup>ie</sup>, coûte 7 dollars.

CH. CHATELIN.

599) **De la Réaction de Lange avec l'Or Colloïde et le Liquide Céphalo-spinal**, par MATZKEVITSCH. *Psychiatrie contemporaine (russe)*, janvier 1914.

L'auteur ne voit ici qu'une réaction de peptone. SERGE SOUKHANOFF.

ÉTUDES SPÉCIALESCERVEAU

600) **Matériaux pour l'étude des Fonctions des Lobes Frontaux**, par N. AFANASSIEFF. *Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1913.

Se basant sur des expériences personnelles, l'auteur a pu se convaincre que la destruction des lobes préfrontaux, chez les chiens, n'avait pas d'influence directe sur l'exécution de la plupart des réactions motrices naturelles d'associa-

tion et des réactions artificielles motrices d'association ; ces dernières se troublaient d'une manière très marquée chez les animaux après l'enlèvement des lobes frontaux.

SERGE SOUKHANOFF.

**601) Sur la clinique des Lésions Traumatiques, particulièrement des Lobes frontaux du Cerveau**, par B.-K. KOBOSCHKO. *Revue (russe) de Médecine*, n° 2, 1914.

Se basant sur trois observations personnelles, où il s'agissait, principalement, de lésion traumatique du lobe frontal gauche, l'auteur pense que la lésion traumatique de la région postérieure de la III<sup>e</sup> circonvolution frontale donne de divers troubles du côté de la parole, dépendant de la profondeur du processus morbide, de sa propagation et de la participation des régions avoisinantes ; la lésion de la II<sup>e</sup> circonvolution frontale s'accompagne du trouble des mouvements conjugués des yeux, du nistagmus, de troubles du côté des pupilles, d'agraphie, et peut-être d'apraxie. En parlant des troubles pupillaires et d'apraxie dans les cas de ce genre, l'auteur n'esquisse pour le moment qu'un schéma.

SERGE SOUKHANOFF.

**602) Deux cas de Tumeur Cérébrale**, par A. CIVALLERI et G. ROASENDI. *Société piémontaise des Amis de la Neurologie à Turin*, décembre 1913.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une tumeur du lobe frontal gauche, volumineuse, occupant la substance blanche du centre ovale. La pièce provenait d'une jeune femme atteinte d'un sarcome de la gorge ; une métastase de la moelle dorso-lombaire avait eu pour conséquence une paraplégie spasmodique. Mais aucun signe n'était jamais venu dénoncer la présence de la tumeur cérébrale, dont la découverte fut une trouvaille d'autopsie.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une grosse tumeur sous-méningée, comprimant presque tout l'hémisphère gauche et en particulier le lobe pariétal. La malade avait présenté la symptomatologie de compression intra-crânienne, mais nul signe n'était venu fournir d'indication pour un diagnostic de localisation. Malgré l'énorme compression de la partie inférieure de la zone rolandique, la malade n'avait jamais présenté de convulsions.

De tels faits démontrent la grande tolérance du système nerveux central pour les compressions lentes.

F. DELENI.

**603) Des Ostéomes du Cerveau**, par J.-M. KRON (de Moscou). *Moniteur neurologique (russe)*, fasc. 4, 1913.

L'auteur expose un cas rare d'ostéome du cerveau chez un malade, âgé de 54 ans ; l'ostéome se trouvait dans l'hémisphère droit, occupant une grande partie du *noyau lenticulaire* et de la *capsule interne* ; il se propageait extérieurement jusqu'à l'écorce de l'*insula de Reil* et inférieurement jusqu'à la corne inférieure du ventricule latéral. Il fut également trouvé des formations osseuses dans d'autres parties du cerveau.

SERGE SOUKHANOFF.

**604) Un cas de Cholestéatome du Cerveau**, par I. STRAUSS. *New-York neurological Society*, 7 janvier 1913. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol. XI, mars 1913, p. 257.

L'auteur rapporte l'histoire d'une femme morte à 32 ans, après avoir présenté des céphalées, des vomissements, des troubles de la vue, quelques symptômes acromégaliques et de la glycosurie. À l'autopsie on trouva une volumi-

neuse tumeur d'aspect kystique et gélatineux, s'étendant du bord inférieur des olives bulbaires au chiasma optique, comprimant le pont, les ganglions de la base du cerveau, les noyaux lenticulaire et caudé à gauche et les deux tiers de la capsule interne gauche. La tumeur présentait un prolongement intraventriculaire, l'autre dans le lobe frontal. Microscopiquement il s'agissait d'un cholestéatome d'origine embryonnaire.

C. CHATELIN.

**605) Un cas de Néoformation Cancéreuse du Cerveau**, par GLOUSHKOFF.  
*Assemblée scientifique des médecins de l'Hôpital de Notre-Dame des Affligés pour les Aliénés à Saint-Petersbourg*, séance du 5 février 1914.

Le malade, homme déjà âgé, qui présente de grandes lésions destructives, de caractère cancéreux, dans la région de l'orbite gauche, accuse les phénomènes des tumeurs du cerveau. La réaction d'Abderhalden a été positive pour le cerveau et pour le cancer.

SERGE SOUKHANOFF.

**606) Récidive de Tumeur Cérébrale : Fibro-sarcome**, par POTEL, VERHAEGHE et SIAUVE-EVAUSY. *Soc. de Méd. du département du Nord*, 4 avril 1913-  
*Écho médical du Nord*, p. 215, 4 mai 1913.

En août 1912, le sujet avait été opéré d'un sarcome de la dure-mère (région temporaire droite). En mars 1913 il succomba, alors qu'on se disposait à intervenir une seconde fois.

L'autopsie fit découvrir un gros fibro-sarcome développé dans la profondeur de l'hémisphère droit, et sans connexion avec la dure-mère, intacte dans la région opérée autrefois.

E. FEINDEL.

**607) Un cas de Sarcomatose diffuse de la Pie-mère**, par MARKUS (clinique du professeur Sioli, Francfort. *Archiv für Psychiatrie*, t. LI, fasc. 4, 1913, p. 322 (10 pages, fig., bibl.).

Femme de 47 ans. — Ensemble symptomatique laissant le diagnostic hésitant entre paralysie générale, tumeur du cerveau et méningite cérébro-spinale. Trois fausses couches. Wassermann négatif. Lymphocytose rachidienne. Début par douleurs du rachis et du bassin, céphalalgie, vertiges, obnubilation; rémission de quelques semaines; aggravation progressive avec somnolence, raideur de la nuque, parole incompréhensible. Pas de paralysie, pas de troubles des nerf craniens, pas de signes oculaires, ni réflexes, pas de fièvre. Évolution en six mois.

*A l'autopsie.* Pachyméningite. Opacités de la pie-mère, granulations ventriculaires. Congestion cérébrale. La moelle ne put être extraite.

*A l'examen microscopique* les espaces périvasculaires sont bourrés de grosses cellules endothélioïdes, souvent disposées en une couche unique; parfois la prolifération a entièrement aplati le vaisseau, surtout dans la substance cérébrale. Cette infiltration rappelle celle de la paralysie, mais nulle part on n'obtient la coloration violacée typique du corps des cellules plasmatiques par le vert de méthyl-pyronine (Unna-Pappenheim). La face interne de la dure-mère montre des nodules de leptoméningite noueuse chronique banale.

Les cellules nerveuses ne présentent d'autres lésions que des lésions réggressives au voisinage des vaisseaux infiltrés qui ne dépassent pas la couche superficielle. Par place, prolifération névroglique.

L'étude des cas analogues montre la variabilité de la symptomatologie de la sarcomatose diffuse.

M. TRÉNEL.

608) **Épilepsie jacksonienne à début tonique et petit Anglo-carcinome du Cerveau**, par LEWANDOWSKY et SELBERG. *Zeil. f. d. ges. Neurologie*, t. XIX, fasc. 3, 1913.

Malade de 45 ans présentant des accès jacksoniens épileptiques à début tonique par la moitié gauche de la face pour gagner le bras, puis la jambe, et se généraliser. L'opération faite au niveau du tiers inférieur des circonvolutions centrales ne montra aucune lésion. A l'autopsie, après fixation du cerveau, on constata une cavité remplie de sang, grosse comme une noisette, située à la partie la plus antérieure de la frontale ascendante à l'union de son tiers supérieur et de son tiers moyen.

Cette cavité siégeait partie dans l'écorce, partie dans la substance blanche. Histologiquement, dilatation anévrismatique d'un vaisseau,

Cliniquement, il est à remarquer que, bien que la lésion siégeât entre la zone du bras et de la jambe, les crises commençaient par la face. Au point de vue pathologie générale, le prodrome tonique de la crise est à remarquer parce qu'il n'indique pas, comme certains auteurs ont voulu le prétendre, une localisation sous-corticale.

C. CHATELIN.

609) **Épilepsie Bravais-jacksonienne**, par STEPHEN CHAUDET. *Gazette des Hôpitaux*, an LXXXV, p. 721-727, 27 avril 1912.

Revue générale. L'auteur insiste particulièrement sur le traitement et il fournit quelques aperçus sur la trépanation aux périodes préhistoriques

E. F.

610) **Kyste hydatique du Cerveau chez un Enfant de six ans et demi**, par BOULLOCHE et PRUVOST. *Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, n° 7, p. 360, juillet 1913.

Observation intéressante en raison de la rareté du kyste hydatique du cerveau chez l'enfant ; dans ce cas l'affection garda longtemps l'allure d'une méningite en plaques.

E. FEINDEL.

611) **Contribution à l'étude de l'Anatomie pathologique de la Cysticercose du Système Nerveux**, par ALFEEVSKY. *Psychiatrie contemporaine (russe)*, janvier 1914.

L'auteur note, dans trois cas : 1<sup>e</sup> des modifications de caractère local et 2<sup>e</sup> des modifications générales, dues à l'intoxication par le poison des vésicules du *cysticercus* et rappelant, du côté pathologo-histologique, la paralysie générale.

SERGE SOUKHANOFF.

612) **Un cas de Scérose tubéreuse du Cerveau**, par N.-J. ORLOW (de Moscou). *Psychiatrie contemporaine (russe)*, numéro de juin 1913.

Dans le cerveau d'un malade, âgé de 18 ans, ayant souffert d'accès épileptiques et de stupidité, a été constaté, à l'examen pathologo-anatomique et histologique, l'état suivant : atrophie des cellules nerveuses, développement en foyer de la névrogolie, présence de grandes cellules atypiques dans les régions où la névrogolie est surabondante.

SERGE SOUKHANOFF.

613) **Manifestations Cérébrales durant la période secondaire de la Syphilis**, par M.-S. GREGORY et M.-S. KARPAS. *New-York neurological Society*, 3 décembre 1912. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, février 1913, p. 117.

Les auteurs rapportent l'histoire d'un jeune homme de 20 ans, syphilitique depuis six mois seulement, et ayant présenté une hémiplégie droite, avec Ba-

binski et clonus, pupilles irrégulières, mais réagissant à la lumière et à l'accommodation. Le Wassermann était positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; ce dernier contenait une forte lymphocytose. Sous l'influence du salvarsan, du mercure et de l'iode de potassium, l'état du malade s'est considérablement amélioré.

C. CHATELIN.

**614) Un cas d'Endartérite des Vaisseaux Cérébraux de petit calibre,**  
par J.-D. MATZKEVITCH. *Psychiatrie contemporaine (russe)*, décembre 1913.

Description pathologo-anatomique d'un cas avec état de délire et convulsions épileptiformes. Les petits vaisseaux cérébraux accusaient un tableau d'endartérite très marqué ; à l'examen, l'infiltration était absente, mais on voyait une prolifération très marquée des cellules endothéliales, de même que des cellules adventitiales. Outre la modification qualitative des éléments des parois vasculaires, il y avait encore de la multiplication des vaisseaux ; souvent dans un seul champ visuel, on pouvait compter 10 ou davantage de vaisseaux, cheminant ensemble et s'entrelaçant l'un avec l'autre. Dans les régions vascularisées, il y avait un tableau accusé de chromatolyse centrale des cellules nerveuses ; par place, on rencontrait des cellules en forme de bâtonnet. A la coloration par la méthode (B) d'Alzheimer on notait une transformation amiboïde, très accusée, de la névroglie dans la substance blanche du cerveau et surtout sous l'épendyme des ventricules latéraux.

SERGE SOUKHANOFF.

**615) Un cas d'Hémiplégie cérébrale avec Flaccidité, Atrophie et perte des Réflexes,** par F.-X. DERCUM. *Philadelphia neurological Society*, 25 octobre 1912. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, février 1913, p. 411.

F.-X. Dercum rapporte l'histoire d'un homme de 31 ans, hémiplégique droit à la suite d'un ictus et présentant une atrophie légère du membre inférieur droit. Il n'y a pas de réaction de dégénérescence des muscles atrophiés. Signe de Babinski en extension à droite. Réflexes patellaires et achilléens absents des deux côtés. La présence de l'aphasie permet de ne pas mettre en doute l'origine cérébrale de cette hémiplégie.

CH. CHATELIN.

**616) Claudication Cérébrale intermittente,** par T.-H. WEISSENBURG. *Philadelphia Neurological Society*, 25 octobre 1912. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, février 1913, p. 410.

Il s'agit d'un enfant de 14 ans, ayant eu à trois mois un érysipèle avec phénomènes d'encéphalite et crises épileptiques consécutives, et qui présente depuis l'âge de cinq ans des attaques passagères d'hémiplégie tantôt gauche, tantôt droite, durant de quelques minutes à quelques heures ou même un jour. Ces crises s'accompagnent d'exagération des réflexes et du signe de Babinski en extension ; il y a aphasic motrice lorsque l'hémiplégie est droite. Dans l'intervalle des attaques la force musculaire et les réflexes sont normaux, le réflexe plantaire est en flexion.

L'auteur repousse l'idée d'équivalent épileptique et croit pouvoir faire rentrer ce cas dans les faits de claudication intermittente cérébrale.

CH. CHATELIN.

**MOELLE**

617) **Tabes sans Lymphocytose rachidienne**, par T.-A. WILLIAMS. *Philadelphia neurological Society*, 22 novembre 1912. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, mars 1913, p. 180-181.

L'auteur présente un homme syphilitique depuis trente ans, ayant depuis plusieurs années des douleurs fulgurantes, de l'abolition du réflexe achilléen, sans autre symptôme. La réaction de Wassermann est négative. Le liquide céphalo-rachidien contient 3,5 lymphocytes par centimètre cube. L'auteur se demande quelle valeur attribuer à cette lymphocytose légère. C. C.

618) **Contribution à la connaissance de la Température dans les Crises Tabétiques**, par B. LAZAREFF (de Kiew). *Questions (russe) de Psychiatrie et de Neurologie*, décembre 1913.

Dans les trois cas cités par l'auteur, l'élévation de température était accompagnée par des accès de douleurs dans les extrémités.

SERGE SOUKHANOFF.

619) **Un cas de Tabes, traité par le procédé combiné**, par SOSNOVSKAIA. *Assemblée scientifique des médecins de l'Hôpital de Notre-Dame des Affligés pour les Aliénés de Saint-Pétersbourg*, séance du 5 février 1914.

Un malade tabétique, de 46 ans, a été soumis au traitement par des injections de petites doses de néosalvarsan dans la cavité cérébro-spinal ; amélioration marquée et arrêt du processus morbide. SERGE SOUKHANOFF.

620) **Un cas de Gliomatose centrale avec oblitération diffuse du Canal Cérébro-spinal**, par F.-N. FINNE (de Saint-Pétersbourg). *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, mars 1913.

Les cas de *pseudo-tabes gliomatous* et de *neuro-épithéliome gliomatous* sont, d'après l'auteur, identiques au point de vue pathologo-anatomique ; il faut les étudier avec les affections classées dans le groupe des syringomyélie.

SERGE SOUKHANOFF.

621) **Contribution à l'étude des Tumeurs extra-médullaires de la Moelle épinière**, par L.-B. BLUMENAU (de Saint-Pétersbourg). *La Gazette psychiatrique (russe)*, n° 1-2, 1914.

OBSERVATION I : *Sarcome extradural*. Chez une fille de 16 ans, après une forte extension du rachis, apparaissent des douleurs, très vives, dans la région du dos et, trois semaines après, de la paralysie flasque complète des membres inférieurs et de l'incontinence d'urine. L'auteur s'arrête sur les particularités cliniques de ce cas et sur la signification de l'examen du liquide cérébro-spinal (syndrome de compression de Nonne) dans les cas de cette sorte. — OBSERVATION II : *Carcinome intradural* (avec autopsie et examen pathologo-anatomique). Ce cas appartient aux rares exemples de lésion cancéreuse des méninges spinales sans participation des vertèbres. SERGE SOUKHANOFF.

622) **De la Poliomyélite antérieure Parasymphilitique**, par A.-A. KAPOUSTINE. *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, n° 6-7, 1913.

L'auteur expose un cas assez exceptionnel de poliomyélite antérieure parasymphilitique.

SERGE SOUKHANOFF.

**623) Un cas de Syphilis Cérébro-spinale dans l'âge infantile,** par A. BARKOFF. *Revue (russe) de Médecine*, n° 4, 1914.

Malade de 14 ans, avec phénomènes de syphilis cérébro-spinale, rappelant de beaucoup le tabes dorsal.

SERGE SOUKHANOFF.

**624) De la Paralysie Familiale spasmodique,** par TCHOUGOUNOFF (Moscou). *Journal de Neuropathologie et de Psychiatrie du nom de S. S. Korsakoff*, fasc. 3-4, 1913.

L'auteur cite les histoires pathologiques d'un garçon de 13 ans et de sa sœur, âgée de 17 ans, et, d'autre part, celles d'un garçon de 7 ans et de sa sœur, âgée de 9 ans, appartenant à une autre famille. Malgré une certaine variation de symptômes chez chacun de ces malades, il y avait des symptômes principaux communs, à savoir : une paraparésie rigide (avec participation insignifiante des extrémités supérieures chez les membres les plus âgés de chaque famille), une démarche spastico-parétique et un affaiblissement notable de l'activité mentale. L'affection affectait chez tous les sujets un caractère progressif.

SERGE SOUKHANOFF.

**625) Un cas de Tremblement caractéristique de la Sclérose en plaques, comme seul Symptôme de l'affection,** par A. GORDON. *Philadelphia neurological Society*, 22 novembre 1912. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, mars 1913, p. 183.

Présentation de malade.

C. C.

## NÉVROSES

**626) Troubles Nerveux Fonctionnels et la Théorie de Freud,** par S. LIASSE (de Saratoff). *Moniteur neurologique (russe)*, fasc. 4, 1913.

L'auteur voit dans l'étude de l'école de Freud beaucoup d'exagération, notamment en ce qui concerne le rôle du sexualisme dans l'origine des maladies nerveuses.

SERGE SOUKHANOFF.

**627) Un cas d'Hémiplégie Hystérique avec Spasme de la Main,** par B. ROSENBLATH. *New-York neurological Society*, 3 décembre 1912. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, février 1913, p. 121.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, atteinte d'hémiplégie hystérique survenue à la suite d'émotions et ne s'accompagnant d'aucun signe organique. Chez cette malade existait une véritable crampe des muscles de l'avant-bras, dès que l'on mettait la main en pronation ; de plus, on notait, dans cette position, un mouvement spasmodique des doigts. L'auteur discute l'origine organique ou hystérique de ce phénomène.

C. C.

**628) Expériences sur l'Association des Idées chez les jeunes Epileptiques,** par HAHN (de Francfort). *Archiv für Psychiatrie*, t. LII, fasc. 3, p. 1078 1913 (15 pages).

Recueil de faits. Hahn, pour obtenir des résultats appréciables, a répété à des années de distance les mêmes examens sur plusieurs malades, seul moyen de vérifier les progrès de la démence ou l'amélioration. Il y a lieu chez les épilep-

tiques de varier les mots d'épreuves de chaque série pour éviter que la persévération n'échappe à l'observateur. Les épreuves ne doivent pas être rangées logiquement, mais grammaticalement.

M. TRÉNEL.

**629) De l'Influence des Émotions dans la Genèse de l'Attaque d'Épilepsie,** par A. RODIET. *Progrès médical*, p. 354, 5 juillet 1913.

L'auteur donne une série de cas dans lesquels l'émotion ou la frayeur semblent avoir joué un rôle certain dans le développement des premières crises.

Dans la plupart des observations citées, les troubles digestifs ont existé pendant le jeune âge, soit que l'enfant ait présenté de la gastro-entérite des nourrissons, soit que, par suite d'une alimentation défectiveuse, il ait été atteint, à l'époque de la puberté, d'embarras gastrique ou intestinal. En outre, on remarque, dans certains cas, la coïncidence de la première attaque d'épilepsie avec les premières règles, qui sont une cause d'épuisement nerveux pour la jeune fille.

En définitive, il semble bien que, le plus souvent, l'émotion ne soit qu'un élément surajouté, une cause occasionnelle. Alors que, en présence d'une émotion ou d'un danger, l'homme sain reprend très vite la possession de lui-même, le malade est sans résistance et l'individu faible s'évanouit. L'accès convulsif est la réaction de défense du prédisposé à l'épilepsie chez lequel tous les troubles toxiques ou infectieux, toutes les modifications de la nutrition qui atteignent l'enfant pendant la vie intra-utérine, ont laissé une empreinte ineffaçable. Les cicatrices seront plus ou moins nettes, les lésions plus ou moins apparentes. Il n'en reste pas moins que, pendant toute sa vie, il reste atteint de cette hyperexcitabilité corticale que Féret dénommait « spasmophilie » et Joffroy aptitude convulsive. A cet organisme impressionnable, le moindre choc sera nuisible.

E. FEINDEL.

**630) Du rôle de l'Émotion dans la Pathogénie de l'Épilepsie,** par D.-M. TIKHOMIROFF. *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie expérimentale*, mai 1913.

L'auteur cite un cas, où il s'agit d'un soldat de 22 ans, chez qui, après une secousse morale, se développa un *status epilepticus*, au cours duquel survint l'issue fatale.

SERGE SOUKHANOFF.

**631) Epilepsie au Caucase,** par E. ERIXON. *Questions (en russe) de Psychiatrie et de Neurologie*, février-mars 1913.

L'épilepsie se rencontre assez souvent au Caucase pour sembler y être une maladie régionale.

SERGE SOUKHANOFF.

**632) Influence de la Menstruation sur l'Épilepsie,** par E. TOULOUSE et L. MARCHAND. *Revue de Psychiatrie*, t. XVII, n° 5, p. 477-484, mai 1913.

L'influence des règles sur l'apparition de l'épilepsie est très variable. L'établissement des règles peut faire disparaître l'épilepsie ou au contraire l'aggraver ; il en est de même de la ménopause. Dans certains cas, le début de l'épilepsie semble lié à l'apparition des premières règles.

Chez la plupart des malades, les règles n'ont aucune influence sur la production des accès. Chez certaines, les règles jouent le rôle de collecteur des accès au détriment des autres jours du mois. Chez d'autres enfin, les règles aggravent manifestement l'épilepsie.

Il n'y a pas de rapport entre la fréquence des accès et la durée des règles.

L'influence de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée sur la marche de l'épilepsie est des plus variables. Aucune règle ne peut être établie.

E. FEINDEL.

**633) Sur le Paramyoclonus Épileptique**, par RICCARDO LOMBARDO. *Annali di Nevrologia*, an XXX, fasc. 5-6, p. 225-261, 1912.

La première observation de l'auteur concerne une jeune fille, hérédо-syphilitique, qui commença à présenter dès l'âge de huit ans des accès de myoclonie. Elle est aussi épileptique. Chaque attaque convulsive est suivie de mouvements myocloniques, d'abord faibles, puis de plus en plus violents jusqu'à ce qu'une nouvelle attaque convulsive survienne, au bout de quatre ou cinq jours.

Les deux autres cas concernent deux frères, fils d'une épileptique et d'un dément; eux aussi sont épileptiques; ils présentèrent des myoclonies après avoir été affectés de syphilis, l'un à quarante-six ans, l'autre à vingt-quatre ans.

D'après l'auteur, la myoclonie épileptique ne constitue pas une entité à part. Le paramyoclonus survient chez les épileptiques comme il surviendrait dans tout autre cas de maladie nerveuse grave, chez des sujets tarés, à la faveur d'une infection ou d'une intoxication chronique.

F. DELENI.

**634) Myoclonie Épileptique Familiale**, par FERDINANDO FAZIO. *Riforma medica*, an XXIX, p. 988 et 1020, 6 et 13 septembre 1913.

Dans l'observation actuelle les faits cardinaux sont représentés par la myoclonie, par les convulsions épileptiques, par le caractère familial de l'affection.

L'auteur discute longuement les rapports de l'épilepsie avec la myoclonie; dans le cas particulier, elle affecte les caractères du paramyoclonus de Friedreich.

Ces rapports sont divers, mais ici l'épilepsie constitue le fait morbide primitif et essentiel, la myoclonie est secondaire; elle est régie par les accès, elle augmente peu à peu d'intensité jusqu'à ce que la crise convulsive la fasse disparaître.

Dans les cas de ce genre il y a tout lieu de croire que la myoclonie prend la valeur clinique d'un simple équivalent épileptique; c'est une petite secousse, un petit accès qui prépare la grande décharge, la grande crise de convulsions typiques. On doit lui attribuer même origine, même localisation causale.

F. DELENI.

**635) Histologie d'un cas de Myoclonie. Épilepsie familiale**, par SIOLI. (Professeur Westphal Bonn). *Archiv für Psychiatrie*, t. LI, fasc. 1, p. 31, 10 pages, 1913.

Présence d'un amas colossal de lipoïdes au niveau du noyau dentelé du cervelet, envahissant la substance blanche du cervelet et atteignant la protubérance. Coloration anormale de la myéline par le Nissl, augmentation de la névrogolie. Pas de lésions des cellules du noyau dentelé.

Cette constatation est unique jusqu'ici. Il sera nécessaire de rechercher dans d'autres cas la constance d'une lésion du cervelet, plausible dans la pathogénie de la myoclonie.

M. TRÉNEU.

**636) Sur l'Anatomie pathologique de l'Épilepsie de Kojewnikoff**, par ALFEEWSKY. *Journal (russe) de Neuropathologie et de Psychiatrie du nom de S.-S. Korsakoff*, 1913, première livraison.

Dans son cas d'épilepsie de Kojewnikoff, l'auteur a trouvé à l'autopsie des

phénomènes de méningo-encéphalite chronique avec prédominance du processus morbide dans les circonvolutions centrales et frontales du côté gauche.

SERGE SOUKHANOFF.

637) **Nævi multiples dans un cas d'Idiotie Épileptique**, par ERNESTO QUARTO. *Annali di Necrologia*, an XXX, fasc. 4, p. 31-39, Naples, 1912.

La malade, âgée de 24 ans, présente un très grand nombre de ces nævi pigmentaires qu'on observe dans la maladie de Recklinghausen. Mais, ici, il n'y a ni tumeurs de la peau, ni tumeurs des nerfs.

L'auteur reconnaît à la topographie de ces nævi une systématisation radiculaire; la pathogénie en serait nerveuse et l'étiologie toxi-infectieuse. La dermatopathie et l'altération mentale congénitale reconnaîtraient pour étiologie commune une toxi-infection embryonnaire; il y aurait donc entre les navis et l'idiotie épileptique plus qu'une simple coïncidence.

F. DELENI.

638) **Contribution à l'étude de l'Étiologie de l'Épilepsie et de l'Idiotie. Rôle de la Syphilis, sa recherche par la Réaction de Wassermann**, par H. AUBLANT. *Thèse de Lyon*, 1913 (89 pages, Legendre, imprimeur).

L'épilepsie peut être causée par la syphilis. La syphilis acquise donne une forme secondaire, due probablement à des altérations toxiques du système nerveux, une forme tertiaire gommeuse et para-syphilitique. L'héredo-syphilis, dans la proportion du tiers environ, cause l'idiotie et l'épilepsie. L'examen clinique ne suffit pas ordinairement à l'établir. Malgré ses imperfections, la réaction de Wassermann peut donner de précieux renseignements. Lorsqu'elle est plusieurs fois positive, il y aurait intérêt à soumettre les malades à un traitement spécifique.

P. ROCHAIX.

639) **Épilepsie larvée et Démence**, par MAURICE DUCOSTÉ et DUCLOS. *Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, an VI, p. 164-168, avril 1913.

Les auteurs présentent un épileptique larvé qui, sujet depuis l'adolescence à des fugues nocturnes amnésiques, à des fugues et à des impulsions caractéristiques, finit par montrer, au cours d'un état infectieux, et après vingt années d'internement, des crises convulsives nettement comitiales.

Le point sur lequel ils insistent est le développement rapide, dès l'adolescence, d'une démence profonde et à caractère épileptique chez ce malade qui a attendu si longtemps avant de devenir un convulsif.

Il semble en résulter que les équivalents épileptiques peuvent s'accompagner de démence au même titre que les grandes attaques ou les vertiges. Autrement dit, la démence peut faire suite à l'épilepsie larvée.

E. F.

640) **Épilepsie avec Impulsions Érotiques; Fétichisme du mouchoir chez un frôleur, Fétichisme de la soie chez une voleuse de grands magasins**, par MARCEL BRIAND et JEAN SALOMON. *Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, an VI, p. 206-214, mai 1913.

1<sup>o</sup> Il s'agit d'un dégénéré épileptique et frôleur, plusieurs fois condamné pour vol de mouchoirs qu'il prenait dans la poche de femmes dont l'opulence des formes excitait ses désirs érotiques; il s'en servait pour satisfaire ses impulsions sexuelles.

2<sup>o</sup> Le second cas est celui d'une femme appartenant à une famille de tisseurs de soie; fétichiste depuis l'enfance, elle fréquente deux grands magasins où elle

est attirée par la soie, dont le froissement lui procure des sensations voluptueuses. Un au moins des membres de sa famille, utilisant cette appétence particulière, exploite ses impulsions pour prendre à la malade des étoffes qu'elle vient de dérober. Peu à peu, elle-même a accompli des vols que n'excusaient pas toujours ses impulsions.

La première observation est curieuse, en raison de la rareté des cas connus, malgré la fréquence des impulsions de cette nature.

La seconde trouve sa valeur dans la rareté du fétichisme dans le sexe féminin. Le grand nombre d'arrestations de cette femme, connue de la plupart des médecins experts, tantôt considérée comme une voleuse ordinaire, tantôt comme une déséquilibrée irresponsable, donne lieu à des interprétations médico-légales diverses.

E. F.

**641) L'Épilepsie corticale familiale** (Der familiäre Rindenkrampf, par RÜLF (clinique du professeur Westphal-Bonn). *Archiv für Psychiatrie*, t. LII, fasc. 2, p. 749, 1913 (30 pages).

Observation du père et de ses trois enfants (deux garçons, une fille). Il existe chez tous quatre, à un degré variable, un ensemble de phénomènes uniquement toniques chez le père, toniques puis cloniques chez les enfants reproduisant la crise plus ou moins complète d'épilepsie jacksonienne. La convulsion part soit du pied, soit de la main. Chez l'un d'eux, le phénomène est alternativement bilatéral. Il peut être arrêté par une pression.

La convulsion se produit toujours à propos d'un mouvement voulu un peu brusque (station debout, marche, piano) et chez certains a une apparence telle qu'on croirait à une maladie de Thomsen localisée, ce qui n'est pas le cas; il n'y a pas en effet de réaction myotonique. Les signes de tétanie manquent aussi.

Il n'y a pas de perte de connaissance. Dans un cas seulement, il y eut une seule fois un état vertigineux sans trouble de la conscience durant une heure.

Un élément émotif entre certainement en jeu.

Rülf discute la nature hystérique du phénomène. Il suppose une héredité-dégénération fonctionnelle se localisant à l'écorce; c'est une névrose motrice de siège central. La ressemblance avec l'épilepsie jacksonienne l'engage à proposer le nom d'épilepsie corticale familiale.

M. TRÉNEL.

**642) De la meilleure Diététique dans les cas d'Épilepsie dite essentielle**, par A. RODIET. *Gazette des Hôpitaux*, an LXXXVI, p. 4206, 1<sup>er</sup> juillet 1913.

L'hypertension étant constante avant la crise, il importe de ne jamais permettre aux épileptiques les boissons ou aliments qui peuvent éléver la pression sanguine.

Le régime végétarien est parfait pour les épileptiques, mais à la condition expresse qu'il soit prescrit sans café.

C'est à la démonstration de l'action nocive du café, par effet de l'élévation de la pression du sang, que tend avant tout le premier article.

E. FEINDEL.

**643) Contribution à l'étude du traitement de l'Épilepsie par les Ferments lactiques**, par A. RODIET (de Dun-sur-Auron). *L'Encéphale*, an VIII, n° 9, p. 209-234, 10 septembre 1913.

Le bromure a été supprimé sans inconvenients chez des malades épileptiques,

habitués depuis très longtemps à la médication bromurée. Ces malades, soumis au régime végétarien ou plutôt végétalien (ni œufs ni lait) et au traitement par les préparations lactiques, n'ont pas présenté un seul accès convulsif pendant toute la cure de désinfection intestinale. Ils se sont maintenus en parfait état en ce qui concerne la santé générale, la tension artérielle, la force musculaire, les urines, etc.

Ces résultats ont été, dans l'ensemble, les mêmes que ceux qui ont été présentés à l'Académie de médecine par M. Maurice de Fleury. L'expérience de cet auteur est appuyée sur un grand nombre de faits. Ses observations démontrent que la cause déterminante de l'attaque d'épilepsie étant le plus souvent une excitation d'origine gastro-intestinale, s'il est utile de diminuer chez l'épileptique l'hypersensibilité corticale par la médication bromurée, le succès dépend aussi de la méthode qui, en désinfectant le tube digestif du malade, évitera toute intoxication de l'organisme. Les fermentations lactiques, d'une part, et le régime alimentaire végétarien strict, d'autre part, remplissent ce but. Toutefois, le médecin ne doit pas être absolu et il importe de tenir compte des indications spéciales concernant chaque individu. Qu'il s'agisse d'anémie, par exemple, ou d'une affection intercurrente, une thérapeutique destinée à tonifier l'organisme du malade à l'aide de préparations arsénicales ou ferrugineuses et d'injections de sérum, réussira à arrêter les crises, alors même que la première partie du traitement (désintoxication simple) aura échoué.

E. FEINDEL.

**644) Note sur la Genèse et sur le Traitement de l'Epilepsie commune, par MAURICE DE FLEURY, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, an LXXVI, p. 289-302, 28 octobre 1912.**

Cette intéressante communication, basée sur l'histoire de malades longuement observés et suivis, démontre que les épileptiques peuvent être améliorés et même guéris lorsqu'il est possible de les astreindre à suivre un régime spécial.

Le régime en question est végétal, à proprement parler; il comprend la suppression de tous les aliments d'origine animale (lait, œufs, poisson et viande). Le lait et les œufs paraissent particulièrement fâcheux chez les épileptiques, de la même façon qu'ils le sont pour un grand nombre d'entéropathes.

Le régime végétal est grandement renforcé dans son action thérapeutique par l'administration de boissons abondantes, sucrées et diurétiques, et aussi par celle des préparations lactiques, notamment de fermentations lactiques. Il convient d'ajouter qu'avec un régime végétal bien compris, suffisamment copieux et suffisamment varié, l'état général des malades devient florissant.

Reste à savoir comment agit ce régime végétal. La plupart des auteurs admettent que l'élaboration du poison qui déclenche la crise épileptique se fait dans la cellule nerveuse. M. de Fleury ne partage pas cet avis et il pense que la toxine de l'épilepsie est d'une autre origine.

D'après lui, la cause première de l'épilepsie commune, c'est la méningo-encéphalite intra ou extra-utérine. L'agent provoquant des paroxysmes (convulsions, vertiges, équivalents psychiques), c'est l'auto-intoxication de source habituellement intestinale.

Contre l'hypersensibilité organique (et nullement névropathique) de la zone motrice, l'on ne peut, actuellement, rien que par la bromuration ou les médications parallèles. Contre l'intoxication digestive, par contre, l'on peut beaucoup.

E. FEINDEL.

**645) Le Luminal dans les États d'excitation et dans l'Épilepsie**, par PADOVANI. *Accademia delle Scienze mediche e naturali di Ferrara*, juillet 1913. *Il Policlinico* (sez. pratica), p. 1301, 7 septembre 1943.

Le luminal donne à l'excité le calme et le repos qui lui sont nécessaires sans le plonger en un état de narcose n'ayant rien du sommeil physiologique; il constitue un moyen actif de lutte contre les convulsions de l'épileptique.

F. DELENI.

**646) Revue sur le traitement chirurgical de l'Épilepsie dite « essentielle »**, par J. TERRACOL. *Thèse de Lyon*, 1912-1913, 88 pages, Ducros et Lombard, imprimeurs.

Du traitement chirurgical appliqué à la cure de l'épilepsie « essentielle », il faut retenir en pratique deux séries d'interventions. Les unes tendent à apporter dans l'encéphale des modifications de circulation, de nutrition, à supprimer ou à modifier le cours de la conductibilité réflexe : ce sont les opérations pratiquées sur le sympathique. Les autres cherchent à supprimer la lésion anatomique elle-même, soit par l'excision (Horsley-Krause), soit par le massage cérébral (Bircher), sinon à agir sur l'un des facteurs présumés principaux : l'hypertension du liquide céphalo-rachidien (méthode de Kocher, méthode d'Alexander).

Il y aurait lieu d'employer ces méthodes systématiquement chez les épilepsies graves dont la maladie n'est pas influencée par le bromure. Dans les cas rebelles, le traitement chirurgical permet d'obtenir des améliorations dans 20 pour 100 des cas environ. De plus, l'intervention peut parfois permettre au bromure d'agir là où il n'agissait pas. Quand on est décidé à intervenir, il faut sérier les interventions et ne pas hésiter à les employer l'une après l'autre : sympatheticectomie bilatérale, opération de Kocher, etc. Ce ne sera peut-être pas de la chirurgie brillante, c'est à coup sûr de la chirurgie peu dangereuse actuellement, et peut-être utile parfois; cela suffit à la légitimer. P. ROCHAIX.

**647) De l'Association de l'Épilepsie et de l'Hystérie**, par B.-N. SÉRAFIMOFF et S.-A. SOUKHANOFF. *Assemblée scientifique des médecins de l'Hôpital de Notre-Dame des Affligés pour les Aliénés à Saint-Pétersbourg*, séance du 5 février 1914.

Après avoir insisté sur ce fait qu'actuellement les notions concernant l'« hystérie » et l'« épilepsie » ont subi des modifications essentielles, les auteurs citent un cas où, chez une malade de 17 ans, s'observent deux genres d'accès : les uns sont caractéristiques pour l'épilepsie, les autres sont hystériques. En outre, on observe chez la malade une insuffisance marquée du développement psychique. Analysant leur cas, les auteurs pensent que ce n'est pas de l'hystéro-épilepsie de Charcot, et qu'on ne peut pas non plus parler ici de l'*Affect-épilepsie de Bratz*, ni de syndrome hystéro-épileptique d'origine traumatique ; c'est un cas combiné comparativement rare, d'épilepsie et de l'hystérie, où la dernière ordinairement se développe sur le fond de la première.

SERGE SOUKHANOFF.

**648) Contribution à l'étude de l'Épilepsie Choréique**, par S.-E. MIKHAÏLOFF (de Saint-Pétersbourg). *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, n° 6-7, 1913.

Description d'un cas d'épilepsie choréique, observé par l'auteur chez un alcoolique de 44 ans.

SERGE SOUKHANOFF.

**649) La Chorée maladie organique**, par J. COMBY. *Arch. de Méd. des enfants*, 1913, n° 7, p. 530 (Revue générale).

La chorée semble due à une encéphalite, légère en général (cas de Poynton, Claude et Lhermitte, P. Loubet, etc.).

LONDE.

**650) Contribution à l'étude de la théorie organique de la Chorée de Sydenham**, par DELÉARDE et VALETTE. *Arch. de Méd. des enfants*, 1913, p. 481, n° 7 (12 observations, bibliographie).

L'hypothèse d'une lésion nerveuse centrale, expliquant la chorée de Sydenham, est vraisemblable, étant donné que l'infection intervient dans l'étiologie ; mais les signes, qui relèvent de cette lésion supposée, n'ont pas été observés, dans les douze cas relatés, avec une assez grande fréquence, ni avec une régularité suffisante pour qu'on puisse en conclure fermement que la chorée est une maladie organique. Ainsi le signe (décrit par Babinski) de la flexion combinée de la cuisse et du tronc n'a été rencontré que 19 fois sur 74 ; le phénomène de la pronation (hypotonie) n'a été vu par les auteurs que 2 fois sur 12 ; le signe de Babinski (phénomène des orteils) 4 fois sur 12, etc. Dans aucun cas ils n'ont observé de lymphocytose nette du liquide céphalo-rachidien. Quant aux signes d'ordre cérébelleux (asynergie), sur lesquels insiste Thomas, ils peuvent exister dans la chorée hystérique ; ils n'ont en tout cas qu'une valeur restreinte au point de vue de la nature de la chorée.

LONDE.

**651) Nodosités rhumatismales chez un Enfant atteint de Chorée**, par JUAN CARLOS NOVARRO. *Arch. de Méd. des enfants*, 1913, p. 522, n° 7 (1 observ., 2 figures).

Enfant de 8 ans, chez lequel on vit, au cours d'une chorée molle post-rhumatische avec aortite, une véritable éruption de nodosités (35 à la tête), dont l'une, enlevée, a été étudiée microscopiquement.

LONDE.

**652) Un cas de Chorée de Huntington**, par les docteurs S.-C. FULLER et J.-F. LOWELL. *New England medical Gazette*, vol. XLVII.

On sait combien de discussions règnent encore sur le siège réel et la nature des lésions cérébrales de la chorée de Huntington. Le cas des auteurs a été examiné avec soin, et les lésions décrites par le menu. Les résultats des recherches faites dans ce cas s'accordent avec ceux publiés antérieurement par Alzheimer.

La pie-mère est congestionnée, œdémateuse et opaque ; la plupart des gros et des petits vaisseaux de la superficie sont scléreux et alhéromateux. Tout le cerveau est congestionné ; les circonvolutions, en général, sont atrophiées, mais la consistance du parenchyme reste molle. Les mêmes altérations macroscopiques s'observent sur la moelle.

L'examen microscopique a montré qu'il existait au niveau du cortex des lésions semblables à celles de la démence sénile, mais qu'il s'y ajoutait des dégénérescences aiguës ou chroniques des ganglions de la base (noyaux caudé et lenticulaire, corps de Luys, thalamus et noyau rouge) ; les lésions aiguës étaient surtout caractérisées par la présence d'un grand nombre de cellules névrogliques amiboides, et par les produits de désintégration des éléments nerveux qu'on appelle souvent « fuhlkörperchen ».

A. BARRÉ.

**PSYCHIATRIE**  
**ÉTUDES GÉNÉRALES**

**BIBLIOGRAPHIE**

653) **Histoire des travaux de la Société Médico-psychologique et Éloges de ses Membres**, par Ant. Ritti. Deux volumes in-4° de 500 pages chacun, Masson, éditeur, Paris, 1913 et 1914.

M. Ant. Ritti a réuni, en ces deux volumes, l'histoire des travaux de la Société médico-psychologique, écrite à l'occasion du cinquantenaire de la fondation de cette Compagnie (juin 1902) et les éloges qu'il a été appelé à prononcer dans les séances publiques annuelles de cette même Société. L'histoire des travaux peut, en quelque sorte, servir d'introduction aux éloges, et les éloges développent et complètent sur bien des points l'histoire des travaux.

Ce n'était pas chose aisée que de présenter un tableau rapide, et cependant complet, de l'activité d'une réunion d'hommes distingués. Compulser, la plume à la main, les procès-verbaux de plus de cinq cents séances, coordonner et classer les documents innombrables ainsi recueillis, en exprimer les idées essentielles et les présenter avec ordre et méthode, telle était la tâche qui incombaît à l'auteur. Il a pu l'accomplir de telle sorte que l'histoire de la Société médico-psychologique se trouve être en réalité l'histoire de la médecine mentale en France dans la seconde moitié du dix-neuvième siècle.

Les Éloges sont le complément et le développement de l'Histoire des travaux. L'auteur s'y fait le narrateur précis de la vie des collègues disparus ; il s'est appliqué surtout à rendre compte de leurs travaux scientifiques, à les apprécier avec une sage impartialité. Les biographies des savants ne présentent guère d'autres faits saillants que leurs découvertes. C'est pourquoi dans les Éloges, la personnalité scientifique du disparu se dégage de son individualité humaine et la domine. Sous la plume de M. Ant. Ritti chacune de ces biographies est devenue un chapitre de la Psychiatrie d'une époque à laquelle on tend à rendre meilleure justice.

Il convient de citer, pour la commodité du lecteur, les noms de ceux à qui M. Ant. Ritti a consacré de bonnes pages ; ce sont : Victor Marcé, Parchappe, Émile Renaudin, Lasègue, Moreau (de Tours), Dechambre, Foville, Baillarger, Cotard, Billod, Lunier, Jules Falret.

L'ouvrage comporte, en outre, de courtes notices concernant Legrand du Saulle, Benjamin Ball, Delasialave, Charles Loiseau, Jules Luys, Auguste Voisin, A. Semelaigne, Paul Janet, Eugène Azam, G. Bouchereau, Henry Bonnet, Paul Garnier, Jules Christian, Paul Dubuisson, A. Motet, et des appendices divers ayant valeur de documents historiques.

E. FEINDEL.

**SÉMIOLOGIE**

654) **De la quantité du Soufre contenue dans l'Écorce Cérébrale des Personnes Saines et des Malades Psychiques**, par S.-A. VOSKRESSENSKY (de Tambow). *Psychiatrie contemporaine (russe)*, décembre 1913.

Se basant sur ces expériences, l'auteur s'est assuré que l'écorce cérébrale

contient, dans les psychoses les plus variées, la même quantité de soufre que l'écorce cérébrale des gens normaux.

SERGE SOUKHANOFF.

635) **De l'Etat contemporain de la Psychiatrie en Suisse**, par N. RORSCHACH. *Questions (russes) de Psychiatrie et de Neurologie*, janvier 1914.

L'auteur donne une description générale de l'assistance des malades psychiques en Suisse. Entre autres choses, il indique que la paralysie générale est relativement rare en Suisse, que la psychose maniaque dépressive s'observe plus rarement à Berne qu'à Turgovie. Il y a des endroits, où, comme conséquence des mariages entre des proches parents, s'observent des formes hybrides de démence précoce et de psychose maniaque dépressive.

SERGE SOUKHANOFF.

636) **Le Sentiment d'Angoisse**, par SCHOLMKOFF (de Saint-Pétersbourg). *Assemblée scientifique des Médecins de l'Asile psychiatrique de Novoznamenskaïa à Saint-Pétersbourg*, 22 janvier 1914.

L'auteur considère l'angoisse, accompagnée de symptômes psycho-physiologiques caractéristiques, comme une entité.

SERGE SOUKHANOFF.

637) **Du caractère des Relations réciproques Héréditaires dans les Maladies Mentaless**, par T.-J. UDIN (de Moscou). *Psychiatrie contemporaine (russe)*, numéro de juillet 1913.

L'auteur dit qu'il s'est assuré de la fréquence de l'hérédité unilatérale dans la psychose maniaque-dépressive et de la possibilité de l'hérédité unilatérale dans la démence précoce et l'épilepsie ; il a trouvé des indications sur la relation de la démence précoce avec la paralysie générale, les formes séniles, l'idiotie, etc.

SERGE SOUKHANOFF.

638) **De l'Urobilinurie et de l'Urobilinogénurie dans les Psychoses préséniles et dans certaines autres Maladies Mentaless**, par A.-A. BOUTENKO (de Moscou). *Psychiatrie contemporaine (russe)*, n° 4, 1913.

L'auteur attire l'attention sur ce fait que l'urobilinurie et l'urobilinogénurie se rencontrent sans lésion physique quelconque, les provoquant assez souvent dans les cas de la soi-disant psychose présénile, quoique ce phénomène ne soit pas de rigueur. L'auteur l'a observé aussi dans un cas de confusion mentale grave, dans le *délirium tremens* et dans les psychoses artériosclérotiques.

SERGE SOUKHANOFF.

639) **Ectopie Rénale et Troubles Mentaux**, par LUCIEN PICQUÉ et EMILE GEORGHIU. *L'Encéphale*, an VIII, n° 7, p. 35-49, 10 juillet 1913.

La corrélation du rein mobile et des troubles mentaux a été établie sur la prétendue fréquence du rein mobile chez les aliénés et l'hypothèse d'une toxémie d'origine mécanique a paru la confirmer.

Or, les recherches faites chez les aliénés par Picqué et Georghiou semblent démontrer tout d'abord que la fréquence du rein mobile a été très exagérée. D'autre part, l'hypothèse pathogénique invoquée est contraire aux acquisitions scientifiques actuelles. L'altération des deux reins, que celle-ci soit primitive ou consécutive au déplacement, doit être considérée comme la condition essentielle

du délire d'origine rénale. Dès lors, la fixation du rein ne peut avoir qu'un rôle prophylactique.

Si l'opération, ce qui d'ailleurs est loin d'être démontré, peut prévenir les altérations durables du parenchyme, elle reste sans action sur le délire, dont l'apparition est subordonnée à l'existence des lésions bilatérales. Elle peut, en outre, devenir dangereuse en raison de l'anesthésie chirurgicale que ces lésions contre-indiquent habituellement. Seule la thérapeutique médicale, en modifiant le fonctionnement rénal, peut, dans certains cas, amener la cessation du délire.

Avant tout essai de doctrine, on doit demander à la clinique la connaissance des formes mentales qu'on rencontre chez les malades atteints de rein mobile. Or, celles-ci sont bien différentes de celles du mal de Bright auxquelles on a voulu les assimiler.

Les formes toxiques s'y observent rarement et, quand elles existent, elles se rattachent ordinairement à l'alcoolisme. La suppression de l'alcool suffit alors à les faire disparaître.

Les formes mélancoliques sont au contraire fréquentes. Et il n'est pas démontré qu'elles soient toujours subordonnées au déplacement du rein comme le croient certains auteurs.

A les étudier de près, on reconnaît facilement qu'il en est, parmi elles, qui sont indépendantes du prolapsus rénal. De celles-ci les formes intermittentes peuvent disparaître spontanément après l'intervention. Les autres cèdent à l'alimentation prolongée auquel les opérateurs étrangers condamnent leurs malades. On ne saurait donc rattacher dans tous les cas à la fixation du rein les résultats favorables qui ont été signalés.

Quant à l'intervention systématique, préconisée à l'étranger, on ne saurait trop la repousser. Dans les formes indépendantes, elle ne peut être que néfaste au point de vue mental.

Quoi qu'il en soit des réserves ci-dessus formulées, le rein mobile peut, dans certaines formes mentales dérivant de l'hystérie ou de l'hypocondrie, donner lieu à des indications utiles.

E. FEINDEL.

### MÉDECINE LÉGALE

660) **Le projet de Révision de la Loi de 1838 sur les Aliénés**, par GILBERT BALLET. *Revue de Psychiatrie*, t. XVII, n° 5, p. 485-497, mai 1913. *Bull. de l'Acad. de Médecine*, p. 372-384, 12 mai 1913.

M. Ballet rend hommage à certaines des dispositions du projet, à celles notamment qui visent les aliénés dits criminels et la création d'asiles de sûreté ; elles marquent un progrès sur la loi de 1838.

Toutefois, quelque louables que soient les intentions des législateurs, ils parissent faire fausse route, à certains égards. Trop préoccupés d'éviter les soi-disant séquestrations arbitraires, ils ont fait une loi dure pour les malades, dure pour des familles déjà cruellement frappées. Ses dispositions ne marquent pas un progrès, mais un recul. Ce ne sera pas une loi médicale, mais une loi policière. Ce sera, par surcroît, une loi antidémocratique, car les riches trouveront peut-être le moyen d'échapper à ses rigueurs, les pauvres non.

E. FEINDEL.

661) **Contribution à la connaissance de défauts de la Loi actuelle sur les Malades Psychiques inculpés**, par KOPYSTYNISKY. *La Gazette Psychiatrique (russe)*, 1914, n° 4.

L'auteur pense que les affaires des malades psychiques, ayant commis quelque crime, doivent être examinées non dans des séances administratives du tribunal, mais dans des séances ouvertes et publiques.

SERGE SOUKHANOFF.

662) **Surveillance Judiciaire des Pensionnaires des Établissements d'Etat pour Arriérés**, par WILLIAM-T. SHANAHAN. *Medical Record*, n° 2226, p. 9-12, 5 juillet 1913.

L'auteur montre, par l'étude de l'hérédité chez les pensionnaires de l'établissement qu'il dirige (Craig colony), combien il semble nécessaire de mettre les arriérés hors d'état de se reproduire.

THOMA.

663) **Les Psychoses Pénitentiaires**, par A. COSTEDOAT. *Thèse de Lyon*, 1913, 80 pages, Grosjean, imprimeur.

C'est par l'accumulation d'une série de facteurs physiques et moraux que la détention est redoutable au point de vue mental. Physiques, c'est dans le défaut d'aération et de lumière de la cellule, l'insuffisance ou la mauvaise qualité de l'alimentation, le défaut d'exercice, l'isolement qu'il faut les rechercher. Moraux, ce sont toutes les circonstances qui précèdent l'arrestation, les sentiments de honte, de remords, les préoccupations que déterminent la défense et les soucis du procès. Ils n'agissent d'ailleurs en règle générale que sur des débiles, des dégénérés, des prédisposés de toute espèce; ce sont les délinquants primaires qui entrent dans les statistiques pour la majeure partie.

Il n'existe pas de psychose spéciale créée par l'emprisonnement. Les formes les plus fréquentes consistent en bouffées de confusion, en délires de persécution, de revendication, de grade, hallucinatoires ou non, en alternatives d'excitation et de dépression. Elles sont remarquables par leur éclosion brusque, le plus souvent dès les premiers jours de la détention, leur évolution rapide et leur pronostic excellent à condition que l'on soigne les malades en les soustrayant aux conditions débilitantes de la cellule. Mention spéciale doit être faite des suicides, fréquents surtout chez les déprimés mélancoliques. En dehors de ces cas, peuvent se développer en prison toutes sortes de psychoses dans l'étiologie desquelles la détention n'est probablement pour rien (démence, paralytique ou sénile). Peut-être cependant apparaissent-elles plus tôt que dans la vie libre.

Il est à souhaiter que l'on crée des annexes aux prisons, à la fois pour observer et pour soigner les maladies aiguës; elles ne constituerait pour les formes chroniques qu'une étape vers l'asile.

On compléterait utilement cette mesure en constituant un corps d'inspecteurs médicaux des prisons et en exigeant des médecins des établissements pénitentiaires la preuve d'études psychiatriques préalables.

P. ROCHAIX.

664) **Contribution à l'étude de l'Enfance coupable**, par A. FRIBOURG-BLANC. *Thèse de Lyon*, 134 pages, Maloine, éditeur.

Trois facteurs primordiaux régissent l'éclosion de la criminalité infantile : l'hérédité, la constitution, l'éducation et le milieu. Il existe des types de débiles

moraux sur lesquels toute tentative d'éducation est nulle pour leur donner une valeur sociale. Mais ces anormaux sont relativement rares (monstrosités). Le plus fréquemment, on se trouve en présence de jeunes dégénérés chez lesquels le déséquilibre du développement des facultés intellectuelles et morales peut être compensé par une éducation spéciale. Ces délinquants correspondent aux types décrits sous les noms de débiles moraux, d'épileptisants, d'infantiles. Ce fait explique pourquoi la criminalité infantile se développe surtout dans les milieux où la désagrégation familiale détermine l'abandon de l'enfant et où l'exemple, par la promiscuité avec des milieux tarés, détermine la perversion de ces cerveaux éminemment suggestionnables. Il faut donc faire connaître que la prophylaxie de la criminalité infantile réside dans ces deux mesures :

1<sup>o</sup> Isolement de l'enfant, mais non dans une maison de correction, c'est-à-dire dans un milieu semblable à celui où il s'est souillé ;

2<sup>o</sup> Education analogue à celle que l'on tente pour les anormaux intellectuels, mais bien plus difficile encore. Cette éducation sera basée sur une étude psychologique attentive du développement des facultés intellectuelles et morales de l'enfant de façon à combler les lacunes et à rétablir l'équilibre mental dont le trouble résulte d'un défaut de développement des centres nerveux.

P. ROCHAIX.

**665) Étude des Causes de la Délinquance Infantile**, par EDITH-R. SPAULDING. *Boston medical and Surgical Journal*, vol. CLXIX, n° 1, p. 7-13, 3 juillet 1913.

Observations médicales et psychologiques de plusieurs jeunes délinquants. L'auteur classe ces enfants vicieux ou criminels d'après leur milieu, d'après l'éducation roüe et d'après leur intelligence (à peu près normale, débile, malade).

E. THOMA.

**666) Caractères pathologiques et Criminalité**, par S. SOUKHANOFF. *Congrès des Médecins russes*, 1913, Saint-Pétersbourg. *Section de Médecine légale*.

Les psychasthéniques ne commettent des crimes qu'au cours de leurs raptus, contrairement aux raisonneurs pathologiques (logopathes) qui, en même temps, sont des invalides moraux.

SERGE SOUKHANOFF.

**667) Utilisation d'un Débile délirant pour Commettre des Escroqueries**, par MARCEL BRIAND et JEAN SALOMON. *Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, an VI, p. 214-218, mai 1913.

MM. Marcel BRIAND et SALOMON présentent un débile délirant dont la débilité fut mise à profit par un escroc. Il lui faisait porter des lettres afin d'obtenir de personnage divers des secours ou des fonds, soi-disant pour fonder des œuvres de bienfaisance.

De tels individus comptent certainement que l'aliéné portera seul la conséquence des actes, et, s'il est reconnu irresponsable, que les complices ne seront pas inquiétés. Ils se trompent, car le complice est passible de la même peine que l'auteur principal, c'est-à-dire non de la peine applicable en fait à l'auteur principal, mais de la peine applicable en droit au fait principal auquel il s'est associé.

Les circonstances atténuantes ou absolvantes constituent un bénéfice exclusivement personnel.

E. F.

668) **L'Arriération mentale et l'Infériorité constitutionnelle dans ses rapports avec l'Éducation et le Crime**, par JOHN JENKS THOMAS (de Boston). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. XL, n° 1, p. 1-16, janvier 1913.

Étude statistique concernant la proportion d'anormaux existant dans les écoles primaires, et l'état mental des auteurs de crimes et délits. Peu d'arriérés, et ce sont les moins atteints, sont capables de se conduire dans la vie. Beaucoup deviennent des criminels parce qu'ils manquent de direction. C'est la surveillance et l'éducation des enfants arriérés ou psychopathes qui constituerait la meilleure prophylaxie du crime. La stérilisation des criminels ne répond qu'à un côté de la question ; elle supprime l'hérédité des tendances psychiques anormales, mais pas l'influence mauvaise que les arriérés exercent les uns sur les autres.

THOMA.

669) **Débilité Mentale et Délinquance**, par OLGA BRIDGMAN. *The Journal of the American medical Association*, vol. LXI, n° 7, p. 471, 16 août 1913.

Sur 104 filles envoyées à l'école de réforme de Genève (Illinois) pour affaires de mœurs, 101 (soit 97 %) étaient des débiles ; la débilité mentale paraît être une cause importante d'immoralité. Mais ces débiles sont rarement des pervers agressives. Victimes souvent complaisantes, mais victimes, les débiles mentales, délinquantes actuelles ou futures, ont surtout besoin de surveillance et de protection.

THOMA.

670) **Un Voleur typique. Aperçu de Criminologie Sicilienne**, par CONCETTO VEADIRAME (de Catane). *Gazzetta medica Siciliana*, an XV, n° 24, p. 553-561, 15 décembre 1912.

Etude anthropologique et psychologique du sujet.

F. DELENI.

671) **Aliénation mentale et Criminalité. Statistique Médico-légale des infractions aux lois ayant déterminé l'Internement d'Aliénés, dans le Département de la Seine, pendant une période de cinq années (1905-1910)**, par RENÉ CHARPENTIER. *L'Encéphale*, an VIII, n° 4, p. 341-355, 10 avril 1913.

Étude statistique d'où l'on peut extraire quelques données essentielles. D'après l'auteur, les syndromes morbides dans lesquels les réactions médico-légales sont le plus fréquemment observées sont l'alcoolisme (41,80 % des cas), les états démentiels (18,19 %) et en premier lieu la paralysie générale, les états de dégénérescence et de débilité mentales (13,90 %), les délires de persécution (10,39 %), les états maniaco-mélancoliques (4,5 %), l'épilepsie (3,72 %) et l'imbécillité (3,03 %).

E. FEINDEL.

672) **Anormalité Psychique et Responsabilité relative**, par RENÉ CHARON et PAUL COURBON (d'Amiens). *L'Encéphale*, an VIII, n° 10, p. 315-327, 10 octobre 1913.

D'après les auteurs, entre les individus psychiquement normaux et les psychopathes aliénés, il faut reconnaître non pas des demi-fous, mais des anormaux psychiques. Considérés au point de vue médico-légal, les anormaux psychiques disposent d'une capacité de détermination relative qui est limitée à certains actes, et non pas atténuée pour tous les actes.

Il appartient au psychiatre seul de dire, à l'occasion d'un acte susceptible d'être sanctionné par la justice, si son auteur était au moment de l'exécution ou

bien psychiquement normal, c'est-à-dire responsable, ou bien psychiquement malade, c'est-à-dire aliéné, dépourvu de la capacité de détermination, c'est-à-dire irresponsable, ou bien enfin, psychiquement anormal, c'est-à-dire pourvu d'une capacité de détermination relative, limitée à certains actes; le sujet est responsable ou irresponsable, selon la valeur et les circonstances de l'acte considéré d'une part, et, d'autre part, selon les degrés et la forme de son anormalité psychique.

E. FEINDEL.

**673) Deux Condamnés militaires**, par PACTET. *Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, an VI, n° 5, p. 190-196, mai 1913.

M. PACTET montre deux débiles, très voisins de l'imbécillité, qui sont actuellement dans son service, mais qu'il a eu l'occasion d'examiner, il y a quelques années déjà, en Algérie. L'un, venant d'une compagnie de discipline, était alors en prévention de conseil de guerre à l'hôpital militaire du Dey, l'autre était détenu depuis dix ans dans les ateliers de travaux publics; il se trouvait alors à l'atelier d'Orléansville où il lui restait à accomplir encore dix ans de la même peine. Commis pour examiner le puni, il le déclara irresponsable et inapte au service militaire. Conformément aux conclusions de son rapport, un non-lieu intervint et le prévenu fut réformé. Sur son intervention officieuse, le second bénéficia également de la réforme et fut gracié.

Avant que la psychiatrie eût obtenu droit de cité dans le milieu militaire, les sujets de cette catégorie n'étaient pas une exception dans l'armée et venaient fatidiquement échouer dans les établissements de répression. E. F.

**674) L'Expertise Psychiatrique dans l'Armée : les origines et les dispositions de sa Réglementation officielle**, par SIMONIN. *III<sup>e</sup> Congrès de Médecine légale de langue française*, Paris, 24-27 mai 1913.

La question de l'expertise psychiatrique dans l'armée a été soulevée à l'origine par les Congrès des médecins neurologistes et aliénistes réunis à Marseille (1899), à Rennes (1905) et à Nantes (1909). Les travaux de Régis, de Granjux et Rayneau, de Pactet, d'Antheaume et Mignot, de Chavigny et Simonin, de Jude et de Haury, etc., ayant préparé la voie, aboutirent à une série de vœux relatifs à la prophylaxie des maladies mentales dans le milieu militaire et à la fondation de l'expertise psychiatrique dans l'armée.

Organisée dans la marine en 1907, sous les auspices de M. Chéron, ancien sous-secrétaire d'Etat à la guerre, elle fut retardée dans l'armée métropolitaine par l'insuffisance numérique des effectifs du personnel du service de santé.

Les circulaires ministérielles des 3 juin 1907, 23 novembre 1909, 29 janvier 1913, et, enfin, l'instruction ministérielle du 5 avril 1913, ont arrêté et promulgué dans tous ses détails le fonctionnement de l'expertise psychiatrique dans les armées de terre et de mer. L'armée métropolitaine sera, en conséquence, dotée d'un corps de médecins experts psychiatres, soigneusement sélectionnés et pourvus du diplôme de médecine légale-psychiatrie. Ils siégeront à l'hôpital du chef-lieu de la région de corps d'armée, où ils seront également les experts attitrés des conseils de guerre.

L'instruction ministérielle du 5 avril 1913 arrête une série de dispositions à prendre pour écarter de l'armée les militaires atteints de troubles mentaux : au conseil de révision, au bureau de recrutement, à la visite d'incorporation, au

cours du service, devant les conseils de guerre. Elle prescrit la conservation et la communication éventuelle des rapports d'expertise.

Enfin, elle admet l'expertise conjointe ou contradictoire avec les médecins aliénistes civils.

Elle arrête, en dernier lieu, quelques mesures propres à continuer et à perfectionner, au Val-de-Grâce, l'instruction psychiatrique élémentaire déjà reçue à Lyon par les élèves de l'école du service de santé militaire.

Ainsi se trouve réalisée l'œuvre féconde due aux communs efforts des médecins aliénistes civils et du corps de santé militaire unis dans une même pensée élevée : contribuer à faire de l'armée un milieu sélectionné où les aptitudes mentales et physiques ne laisseront rien à désirer.

E. FEINDEL.

**675) Un cas de Paresse pathologique**, par HAURY. *Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, an VI, p. 313-321, juillet 1913.

M. Haury apporte l'observation d'un soldat que tous ses chefs considéraient comme un fiélli paresseux. Engagé volontaire, il avait un passé de vaurien de grande ville, souteneur, buveur et noceur, avec deux condamnations pour coups et blessures. Au régiment, il avait une aversion singulière pour tout effort physique et avait coutume, au moment des exercices, de dire à celui qui commandait : « Mettez-moi en cellule, je préfère cela à l'exercice. » Ses parents disaient de lui qu'il n'était qu'un vaurien et un paresseux. Un jour il fit un refus d'obéissance, ne voulant pas assister à une marche militaire, refus fait sans motif avoué. Il fut mis en prévention de conseil de guerre. Il avait déjà fait antérieurement un autre refus d'obéissance par *simple imitation*, répétant ainsi le geste d'un camarade avec lequel il ne s'était pas entendu et avait de ce fait été condamné à un an de prison.

Interrogé sur les motifs de son présent refus, il se renfermait dans un mutisme absolu. C'était un débile pervers devenu dément précoce, mais ayant des préoccupations hypocondriaques. Il croyait avoir une maladie de cœur et, pour conformer ses actes à cette crainte, ne faisait littéralement plus rien, ayant réduit son activité physique au minimum. C'était le motif de sa paresse chronique devenue obstinée.

Cette paresse était donc des plus pathologiques. Elle est fréquente au régiment comme forme d'*indiscipline morbide*.

E. F.

**676) Les Faux Policiers Mythomanes**, par DUPRÉ, ABADIE et G. LMA. *Congrès de Médecine légale*, Paris, 24-27 mai 1913.

Dans le courant de l'année dernière, trois experts étaient appelés à donner leur avis sur l'état mental de trois hommes, inculpés d'usurpation de titre et de fonction.

Ils s'étaient attribué le titre et les fonctions d'agents de la sûreté. En cette qualité, ils s'étaient livrés à des actes répréhensibles : fabrication de fausses pièces, arrestations arbitraires, tentative de chantage, vols, escroquerie, mobilisation des autorités et de la force publique, visite de garnis, dénonciations fausses, accusations criminelles, etc.

Les trois rapports concluaient à l'irresponsabilité des inculpés. Ceux-ci n'étaient autres que des débiles mentaux, vaniteux et mythomanes, entraînés par l'idée obsédante de « faire de la police » jusqu'à un délire imaginatif de fabulation et d'activité policières. Ces faux policiers n'étaient que des mytho-

manes délirants, dont l'activité délictueuse s'était exercée dans le sens des conceptions morbides.

Il y avait intérêt, pour l'histoire médico-légale de la mythomanie, à mettre en évidence ce type de faux policiers mythomanes. Ces observations rentrent, sans discussion, dans le domaine médico-légal de la mythomanie, c'est-à-dire de la tendance pathologique, propre à certains débiles et à certains déséquilibrés, au mensonge, à la fabulation et à la simulation. Cette tendance, le plus souvent mise en jeu par la vanité morbide, si développée chez certains de ces sujets, les pousse à se vanter d'exploits imaginaires, à se parer de titres fictifs, à s'affubler de décorations fausses ou illicites, etc. Ces déséquilibrés ont sans cesse besoin d'étonner ou d'éblouir leur entourage, et de satisfaire, souvent même contre toute vraisemblance et contre leurs véritables intérêts; leur appétit de gloriole et leur orgueil pathologique.

Plusieurs de ces vaniteux, à la fois imaginatifs et menteurs, crédules et trompeurs, présentent un mélange déconcertant de sincérité et de simulation, de naïveté et de duplicité, qui résulte d'une pauvreté évidente du sens critique de la réalité. En vertu de leur débilité mentale, non seulement ils affirment par la parole et par les écrits des prétentions imaginaires et injustifiées, mais encore ils conforment leurs actes à leur fabulation, et leur conduite au rôle chimérique qu'ils prétendent remplir. Le débile mythomane crée alors de toutes pièces, à l'appui de ses prétentions, des documents et des pièces destinés à servir de preuves objectives à ses fausses affirmations. Alors, et très rapidement, par un processus habituel d'auto-suggestion, il arrive à croire lui-même sincèrement à l'authenticité de ces faux et à la légitimité de ces prétendues preuves.

Ils sont ordinairement les premières dupes de leurs fables; ils sont souvent aussi celles d'un entourage amusé et ironique, qui se divertit de leur naïveté vaniteuse et ajoute de nouveaux aliments à leur crédulité. Incapables de discernement et de critique, ils sont les victimes à la fois de leurs propres fabulations et des inventions plaisantes d'autrui. Le thème morbide imaginatif, primitive-ment issu de l'invention du mythomane, s'entretient, se consolide et s'enrichit par la collaboration de l'entourage et surtout par la crédulité du fabulateur pris à son propre piège. Le passage de l'idée à l'acte s'opère et le mythomane entre dans le délire.

Dans certains cas, l'activité mythopathique des malades est déterminée dans son orientation policière par la lecture de romans qu'a mis à la mode, dans ces dernières années, le débordement de la littérature à la « Nick-Carter ». Les romans policiers, où sont exposées les aventures extraordinaires et dramatiques des détectives amateurs, offrent à l'imagination des enfants et des débiles l'élément le plus malsain, et à l'activité des déséquilibrés vaniteux et excités les suggestions les plus dangereuses. De nombreux exemples ont démontré, au cours des procès contemporains, la nocive influence qu'exerce sur la jeunesse cette basse littérature. Contre elle s'est déjà dessiné, en Belgique et en Allemagne, un courant d'opinion analogue à celui qui s'est traduit en France par l'interdiction de représentations, dans les cinématographes publics, de scènes criminelles.

On ne saurait qu'applaudir à ce mouvement répressif au nom de la psychiatrie clinique et médico-légale, qui démontre l'extrême importance, dans l'orientation de la conduite des jeunes sujets, des exemples offerts par les lectures ou les spectacles à leur imagination et à leur activité.

E. FRINDEL.

**677) Faux Exhibitionnisme; Attentats à la Pudeur par deux Dégénérés Saturnins, Alcooliques, dont l'un est atteint de Psychose intermittente,** par MARCEL BRIAND et JEAN SALOMON. *Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, an VI, p. 168-173, avril 1913.

On qualifie souvent faussement d'exhibitionnistes des individus ayant commis certains attentats à la pudeur; ne rentrant pas dans le tableau tracé par Lasègue, ils n'ont aucun droit à cette étiquette. Ce sont des impulsifs, plus impulsifs que pervers, de simples masturbateurs qui n'ont nullement l'intention de s'exhiber, mais qui se cachent insuffisamment dans un urinoir ou autre lieu. Tels sont les deux malades que présentent les auteurs. Ils offrent en outre ceci d'intéressant que tous deux sont des saturnins; leur intoxication saturnine, à laquelle s'ajoute un appoin alcoolique, n'est pas étrangère à leurs obsessions érotiques. Enfin, ces malades rappellent beaucoup ces individus qualifiés par l'un des auteurs de « chauve-souris », qui, à la prison, invoquent leur irresponsabilité et, à l'asile, demandent des juges.

E. F.

**678) Un cas d'Uranisme : Enlèvement de Mineur par un Inverti,** par J. ROUBINOVITCH et P. BOREL. *L'Encéphale*, an VIII, n° 8, p. 417-431, 10 août 1913.

Les auteurs rapportent l'observation complète d'un uraniste, auteur d'un crime passionnel, et chez lequel des perversions sexuelles complexes s'associent à d'autres anomalies de la vie psychique.

C'est l'inversion sexuelle qui domine le tableau clinique ; le sujet doit être considéré comme un homosexuel véritable et complet. Il n'a jamais eu, en effet, de goûts ni de rapports normaux et ne présente pas, d'autre part, de penchants ou de manières féminines. Il préfère d'ailleurs en amour le rôle actif et recherche surtout les enfants.

C'est dans les termes suivants que Roubinovitch a conclu son rapport d'expertise : M... est un dégénéré, un déséquilibré, un mythomane atteint de psychopathie sexuelle (inversion et sadisme) compliquée d'idées frustes, mystiques, mégalomaniaques et de persécution.

C'est dominé par ses obsessions impulsives d'inverti sexuel et de sadique que M... a accompli l'acte qui lui est reproché (détournement de mineur).

Déséquilibré dangereux, il doit être enfermé dans la section spéciale de l'asile de Villejuif et quelle que soit son attitude ultérieure, il conviendra de se souvenir toujours que, constitutionnellement taré, il restera dangereux à l'état permanent.

E. FEINDEL.

**679) Sur l'origine des Perversions sexuelles et leur Appréciation Médico-légale,** par le professeur ZIEMKE (de Kiel). *Archiv für Psychiatrie*, t. LI, fasc. 2, p. 420, 1913 (20 pages, 9 observ.)

Recueil de faits. Notes sur un cas de sadisme chez un jeune homme ayant subi un traumatisme crânien dans l'enfance (obs. 4), un cas d'homosexualité chez un homme de 55 ans ayant des antécédents analogues. M. TRÉNEL.

**680) Conception de l'Homosexualité,** par A.-A. BRILL (de New-York). *The Journal of the American medical Association*, vol. LXI, n° 5, p. 335-339, 2 août 1913.

L'auteur passe en revue les formes de l'homosexualité et les théories qui l'expliquent. Trois observations personnelles, dont un cas compliqué de

sadisme. L'auteur aurait obtenu mainte guérison par l'emploi de la psycho-analyse.

THOMA.

681) **Homosexualité. Traumatisme et maladie infectieuse**, par WITRY (de Metz). *Gazette des Hôpitaux*, an LXXXVI, p. 872, 13 mai 1913.

Ces observations concernent un normal devenu homosexuel après un traumatisme céphalique et un inverti-né devenu hétérosexuel après une fièvre typhoïde.

E. FEINDEL.

682) **Un Maculateur de Statues agissant dans un But Philanthropique**, par M. BRIAND et J. SALOMON. *Bull. de la Soc. clinique de Médecine mentale*, an VI, p. 218-221, mai 1913.

Nombreux sont les aliénés qui cherchent à attirer l'attention des pouvoirs publics par des attentats divers, soit en tirant sur les personnes ou en l'air, soit en détériorant les édifices publics ou les objets d'art. Le plus souvent il s'agit de revendication personnelle, mais parfois le mobile de leur acte est désintéressé. C'est le cas du malade actuel. Victime d'un accident du travail, il prit en main la cause des accidentés et pour attirer l'attention sur lui macula deux statues à l'aide du nitrate d'argent. Il pensait que son acte serait utile pour l'avenir et il avait agi à l'exemple des suffragettes d'Angleterre. E. F.

683) **La première Victime des Bombes asphyxiantes**, par M. BRIAND. *Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, an VI, p. 151-153, avril 1913.

M. Marcel Briand montre un malade dangereux dont la capture a été facilitée par ces engins.

Dans cette présentation, faite à un point de vue surtout documentaire, le médecin de l'Admission rappelle les conditions dans lesquelles ce malade, en proie à un délire hallucinatoire des plus intenses, tira pendant plusieurs heures des coups de revolver sur les personnes qui l'approchaient.

La projection du liquide suffocant provoqua aussitôt un larmoiement intense, obligeant le malade à tenir les yeux clos, un écoulement nasal peu abondant; il éprouva une sensation telle de suffocation qu'il n'eut plus qu'un désir, se diriger vers une fenêtre pour respirer. En quelques secondes, l'air du réduit où il s'était barricadé, son revolver à la main, était devenu à la fois suffocant et irrespirable.

L'examen des yeux fait par le docteur Cantonnet fut à tous points de vue négatif. Jamais il n'a été constaté de lésion de bronchite, même légère, ni la moindre irritation de la muqueuse nasale. Si tel est toujours l'effet des projectiles, qualifiés trop généreusement de « bombes asphyxiantes », les aliénés dangereux n'auront après guérison qu'à se louer d'un procédé de capture, au fond inoffensif, lequel a pour but de les mettre dans l'impossibilité de se livrer à des actes dangereux.

E. F.

684) **Les Guérisons tardives étudiées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec le Divorce**, par ABEL BLANCHARD. *Thèse de Montpellier*, 1913, n° 114.

Le pronostic des affections mentales est très délicat et l'incurabilité ne peut pas toujours être affirmée, malgré un examen approfondi et une observation longtemps prolongée du malade.

Aussi ne saurait-on admettre l'aliénation mentale comme cause du divorce,

hormis les cas où la maladie préexistait au mariage et avait été dissimulée à l'autre conjoint.

A. GAUSSEL.

**685) Aliénation mentale et Divorce**, par LE POITTEVIN. *Soc. de Méd. légale*, 13 octobre 1913.

On a proposé que le divorce puisse être admis pour cause d'aliénation mentale continue depuis une période de trois ans, par exemple, à charge pour le conjoint qui demande le divorce de subvenir aux besoins de l'aliéné. On soutient que, dans ce cas, la communion intellectuelle qui doit exister dans le mariage n'existe plus et ne peut être rétablie.

Ce serait là un principe tout nouveau introduit dans la loi. Jusqu'à maintenant, le divorce est accordé en s'appuyant sur la faute d'un des conjoints. Ici, il s'agit non plus de la faute, mais du malheur, de la maladie d'un des conjoints, qui entraînera la cessation des obligations non seulement sociales, mais, ce qui est plus grave, des obligations morales de l'autre conjoint. La communauté sera dissoute, les meubles vendus comme après un décès. S'il s'agit d'un cas de folie dangereuse mais partielle, ou s'il y a des intervalles lucides, l'aliéné se rendra compte de toute l'étendue de son malheur. De plus, il n'y a guère à espérer que le conjoint remarié continue à donner au malade des marques de sympathie et d'affection sollicitude dont il aurait bien besoin. Enfin, l'histoire montre que les sociétés ont besoin d'une armature solide. La décadence romaine a été grandement favorisée par la facilité des divorces. Et actuellement le nombre des divorces croît sans cesse, à l'encontre de ce qu'avait pensé le législateur de 1884.

M. VALLON précise d'abord que, pour que le divorce puisse être mis en question, il faudrait évidemment que le conjoint malade soit, non seulement aliéné, mais encore interné. Mais la difficulté vient de la question d'espèces. Supposons un obsédé interné. En dehors de son obsession, il raisonne bien. On ne pourra pas dire ici qu'il y a rupture de la communion intellectuelle. Mais il y a rupture de cette communion intellectuelle chez un hémiplégique avec aphasie de la parole et de l'écriture. On peut se demander si ce sera un cas à divorce.

D'autre part, il est très délicat pour un aliéniste d'affirmer l'incurabilité d'une psychose. Mettons de côté les cas de paralysie générale, affection certainement incurable, qui aboutit en général à la mort dans l'espace de deux à trois ans. Ce n'est pas dans ces cas que l'on aura à demander le divorce.

Il ne faut pas oublier qu'il y a des aliénés présumés incurables qui, au bout de six à sept ans, sont en état de sortir de l'asile, non guéris, mais améliorés au point que leur internement n'est plus nécessaire. Que deviendront ces malheureux si le divorce est prononcé?

M. CRUET remarque que l'on ne peut pas exiger en matière de divorce l'insuffisance des psychiatres, pas plus qu'on n'exige leur insuffisance en d'autres matières. De plus, si on dit que le divorce est immoral, c'est donc que le conjoint qui le demande est immoral.

Et, si on ne lui accorde pas le divorce, c'est aux bons soins de ce conjoint immoral que l'on veut remettre l'aliéné s'il sort de l'asile un jour, ou bien c'est sur ce conjoint que l'on compte pour donner au malade interné des marques de sympathie et d'affection sollicitude. Cela ne paraît pas logique. On paraît se révolter devant l'idée de dissolution de la communauté. Mais, dans les cas incurables, cette communauté n'existe plus en fait puisque la personnalité de

*l'aliéné est évanouie, personnalité qui est certainement basée sur la conscience et la raison.*

M. BRIAND. — La question qui se pose est de savoir si le malade reconnu incurable ne peut pas un jour, étant amélioré mais non guéri, sortir de l'asile et reprendre place dans la société. Il s'agit aussi de savoir si la conscience de l'aliéné incurable est perdue complètement ou non. Le diagnostic seul d'incurabilité ne suffit pas à justifier le divorce.

E. F.

### ÉTUDES SPÉCIALES

#### PSYCHOSES CONSTITUTIONNELLES

686) **Démence Paranoïde**, par B.-V. LUSTRITZKY. *Thèse de Saint-Pétersbourg, 1913.*

L'auteur admet que la démence paranoïde est une entité nosologique qui diffère des autres psychoses délirantes et des autres formes de démence ; à son avis, ici est caractéristique la présence d'un délire fantastique, bizarre, mal systématisé, avec caractère d'absurdité et ne correspondant pas à la réalité environnante. Ce délire est accompagné d'hallucinations, d'illusions et de pseudo-réminiscences. L'affection se termine par la démence consécutive, avec confusion mentale, délire fragmentaire et parole incohérente ; et cela survient 6-10 années après le début de la psychose. Par l'étiologie et l'anatomie pathologique la démence paranoïde ne diffère pas, dans son essence, des autres groupes de la démence précoce.

SERGE SOUKHANOFF.

687) **Contribution à l'étude des soi-disant Psychoses Paranoïdes**, par M.-O. CHAIKÉVITCH (de Rostow). *Journal de Neuropathologie et de Psychiatrie du nom de S. S. Korsakoff*, livr. 3-4, 1913.

Parmi les affections paranoïdes, l'auteur différencie les états congénitaux dégénératifs avec défauts psychiques ou *paraphréniés* des maladies psychiques vraies ou *phrénopathies*; ces dernières se développent le plus souvent sur un terrain paraphrénié aussi.

SERGE SOUKHANOFF.

688) **De la Psychopathie Raisonnante**, par S. SOUKHANOFF. *Questions (en russe) de Psychiatrie et de Neurologie*, janvier 1913.

Dans ces cas d'anomalies psychiques congénitales, s'observe l'association de l'affaiblissement simultané du sens intellectuel ou logique et du sens moral.

SERGE SOUKHANOFF.

689) **Du traitement des Impulsions morbides et des États Obsédants par la Psycho-thérapie détournée**, par W. BECHTÉREFF. *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie expérimentale*, n° 6-7, 1913.

L'auteur préconise pour le traitement des psychonévroses, parmi les divers procédés psycho-thérapeutiques, le traitement par le détournement de l'attention ; en outre il pense que, de pair avec la rééducation psychique, il est indispensable de faire attention aussi à l'état physique du sujet, chose souvent négligée dans certaines méthodes psycho-thérapeutiques.

SERGE SOUKHANOFF.

690) **Obsessions diverses. Scrupules. Délit intentionnel**, par M. DE CLÉRAMBAULT. *Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, an VI, n° 3, p. 106-108, mars 1913.

L'auteur analyse le cas d'un malade de 30 ans, dégénéré, curieux par la riche série de syndromes dont il a été ou est affecté. C'est un compendium des syndromes décrits autrefois par Magnan. C'est un obsédé de la question (questions doctrinales et déontologiques), un scrupuleux, un tiqueur, il a la phobie des contacts. A eu des impulsions verbales, de l'éreutrophobie, de l'impuissance psychique. Plusieurs fugues systématiques. Nombreuses hantises, nombreuses décisions impulsives et dangereuses. Fausse humilité. Tendances mystiques, dogmatisme sociologue. Tentative de suicide, désertion suivie de réforme. A commis un délit (inscription séditionneuse) et s'est immédiatement dénoncé pour expier par la prison une culpabilité ancienne et d'ailleurs imaginaire (avoir souri devant des religieuses).

E. FEINDEL.

691) **De l'Obsession Emotive au Délice d'Influence**, par MIGNARD. *Soc. médico-psychologique*, 24 février 1913. *Annales médico-psychologiques*, p. 333, mars 1913.

L'intérêt des cas de ce genre paraît surtout résider dans la parenté profonde qu'ils permettraient d'apercevoir entre certains phénomènes morbides qui, dans leurs expressions extrêmes, peuvent sembler tout à fait différents.

La malade a d'abord été obsédée par des tendances qu'elle ne pouvait maîtriser, tandis que les manifestations émotives de ces tendances lui échappaient involontairement. Ensuite elle perdit tout contrôle sur les hypothéses interprétatives que ces tendances, d'ailleurs variables, développaient pendant les crises émotives. Plus tard, certaines pensées, toujours dans les mêmes conditions, se dérobaient à la direction volontaire et lui apparaissaient comme envoyées au loin, comme étrangères à elle. Le même processus d'échappement finit par donner naissance à des phénomènes prenant graduellement le caractère d'hallucinations et d'impulsions, et pour l'explication desquelles se constituent les idées délirantes.

E. FEINDEL.

692) **Les Accès Mélancoliques des Obsédés Douteurs**, par L. MARCHAND (de Charenton). *Annales médico-psychologiques*, an LXX, n° 6, p. 488-503, décembre 1912.

A côté de cette forme de mélancolie, où la crise d'obsession est l'équivalent d'un accès mélancolique périodique, il existe un état mélancolique survenant par accès chez des individus atteints d'un état mental particulier que l'on peut caractériser du nom de « psychose obsessive ». Cette psychose se développe chez des individus ayant des tares héréditaires et atteints depuis leur adolescence, et d'une façon continue, de phénomènes obsédants associés à un état de doute. Cette variété de mélancolie périodique, se greffant sur un état continu de doute obsédant, doit être différenciée cliniquement des formes mentales dans lesquelles l'accès obsessif et l'accès mélancolique sont considérés comme des équivalents. Les deux observations de l'auteur sont des exemples de cette psychose obsessive compliquée d'accès mélancoliques périodiques.

Ces faits démontrent qu'il existe une variété d'accès mélancolique qui survient d'une manière intermittente chez des malades à tares héréditaires chargées, à fonctions psychiques mal équilibrées, ces sujets présentant un état mental continu, caractérisé par des phénomènes obsédants et surtout par des obsessions interrogatives.

Cet accès diffère de l'accès mélancolique ordinaire par l'absence de ralentissement des opérations mentales, par le fonctionnement normal de la compréhension, de l'évocation des idées et de l'attention, par l'absence d'illusions et d'hallucinations. L'accès mélancolique n'est ici qu'un épisode au cours de l'état mental particulier qui caractérise la psychose obsessive, syndrome en rapport avec la dégénérescence mentale; les craintes, les interrogations, l'introspection s'exagèrent, la dépression survient, le doute devient certitude et l'état mélancolique se trouve ainsi réalisé.

Il n'y aurait, pour certains auteurs qui admettent la doctrine de Kræpelin, aucune différence de nature entre les accès idéo-obsessifs et les accès dépressifs de la psychose maniaque dépressive. De là, il n'y aurait qu'un pas à franchir pour rattacher à cette même affection mentale les accès mélancoliques des obsédés douteurs. Comme les accès dépressifs de la psychose maniaque dépressive, ils apparaissent et disparaissent brusquement; mais ils en diffèrent par le mécanisme psychologique des idées délirantes, qui ne sont que la transformation des obsessions interrogatives, état syndromique continu. De l'avis des auteurs, on ne doit pas faire rentrer cette forme de mélancolie, qui survient cependant par accès, dans le cadre de la psychose périodique. Le terrain constitutionnel dégénératif occupe ici le premier plan; les accès de dépression sont secondaires aux phénomènes idéo-obsessifs et conditionnés par eux.

E. FEINDEL.

**693) Un cas curieux de Phobie professionnelle chez un Prêtre (la Peur de l'Autel),** par PAUL SAINTON. *Gazette des Hôpitaux*, an LXXXVI, p. 4125, 19 juin 1913.

Observation fort intéressante. Il s'agit d'un prêtre, âgé de 48 ans, qui, chaque fois qu'il devait monter à l'autel, surtout à l'occasion d'une cérémonie, était pris d'une angoisse invincible.

Le début remonte à trois ans; un vertige survenu au cours de la célébration d'une messe détermina un état d'angoisse inexprimable et d'une intensité telle que la phobie fut constituée aussitôt. Elle trouve son origine dans l'hérédité du sujet.

Cette phobie est curieuse par son caractère purement professionnel. Elle ne se produit que lorsque le malade officie lui-même et jamais dans d'autres circonstances.

E. FEINDEL.

**694) Un cas de Phobie à Systématisation Déirante,** par J. ROGUES DE FURSAC et ROGER DUPOUY. *Soc. médico-psychologique*, 31 mars 1913. *Annales médico-psychologiques*, p. 471, avril 1913.

Il s'agit d'un obsédé dont les attitudes, les gestes et parfois le langage font immédiatement penser à un dément précoce.

L'idée directrice des obsessions de ce malade est une crainte générale d'occasionner un dommage à autrui, en raison de son état de fatigue physiologique provoqué par d'abondantes et nombreuses pertes séminales; il y a dans cette idée une teinte à la fois hypocondriaque et mélancolique. « J'ai toujours peur d'avoir causé du dommage à autrui », dit-il; tout gravite autour de cette préoccupation dominante et tourmentante: crainte d'avoir électrocuté un camarade, crainte d'empoisonner la maison avec ses pollutions ou ses déjections, crainte de contaminer son entourage par sa salive, crainte plus absurde encore de rouvrir ses vaccins, susceptibles de contaminer tous ceux qui l'approcheraient,

d'où le refus énergique de se déshabiller devant autrui, et ces idées secondaires s'accroissent et se multiplient sans changer de note; c'est ainsi que l'idée obsédante de fêler des objets fragiles, pouvant servir à l'alimentation, et de provoquer des accidents d'appendicite ou de perforation intestinale, a pu donner naissance à la phobie extravagante de briser les bijoux, perles fines, diamants, etc.; il fuit toute compagnie, surtout féminine, où il risquerait de rencontrer une personne porteuse d'un bijou, car il s'absorbe alors entièrement dans la contemplation hébétée et stupide d'une épingle de cravate, d'une bague, d'une broche ou d'un pendant d'oreille, et incapable d'articuler un mot, affaissé sur lui-même ou crispé en une position bizarre de défense, il simule à s'y méprendre un dément précoce en catatonie. De même il est sidéré à la pensée d'aller chez un dentiste se faire soigner les dents, car sa salive peut être nocive pour d'autres, et cette obsession se hausse jusqu'au délire « J'ai peur du dentiste, j'ai peur de faire éclater mes glandes (il a eu autrefois une adénite cervicale suppurée), de les répandre sur mes vêtements, puis sur les siens et sur ses instruments. Cela m'inquiète beaucoup, cela peut occasionner à d'autres personnes des abcès dentaires. »

C'est une ébauche d'un délire mélancolique, qu'il manifeste plus ouvertement lorsqu'on le pousse un peu : il a peur des responsabilités morales qui lui incomberaient si un accident survenait de sa faute, il a peur de remords et il en vient à songer au suicide pour y échapper.

Le pronostic d'une pareille affection est des plus sombres, car la systématisation, extensive et progressive, de l'idée mère paraît certaine; d'autre part, ce malade marche de plus en plus vers un délire mélancolique dont les conséquences réactionnelles ne sont que trop faciles à prévoir.

Il était intéressant de signaler ce cas de phobie systématisée à évolution progressive et délirante, d'allure pseudo-démétielle, et qui peut servir à l'histoire des délires systématisés à base ou d'origine obsessive. E. F.

695) **Un cas de Pyromanie**, par E.-A. KOPYSTYNKY (de Twer). *Moniteur neurologique russe*, fasc. 4, 1913.

Description d'un cas de pyromanie, s'étant développé sur un terrain épileptique.  
SERGE SOUKHANOFF.

696) **Délire systématique d'Origine Onirique chez un Débile**, par GEORGES DEMAY. *Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, décembre 1912, p. 349.

Présentation d'un malade de vingt-cinq ans, débile, perverti sexuel, qui, à la suite d'excès alcooliques, fait une crise de délire onirique au cours de laquelle il croit être frappé de plusieurs coups de couteau. Les idées délirantes, loin de se dissiper avec l'accès, se sont organisées autour du rêve en un délire systématisé de persécution et de grandeur. E. F.

697) **Des Psychoses Familiales**, par GEORGES DEMAY. *Thèse de Paris* (475 p.), Ollier-Henry, éditeur, Paris, 1913.

Les médecins, dit Morel, n'ignorent pas la difficulté qui se présente à tirer de l'observation de certains faits des conclusions qu'il soit toujours possible d'élever à la hauteur d'un principe irréfragable. Cette phrase du célèbre aliéniste paraît s'appliquer particulièrement à la catégorie de faits étudiés par Demay. Ce qui résulte, en effet, de ce travail c'est qu'il serait prématuré de vouloir tirer dès maintenant des conclusions précises des cas d'hérédité similaire directe ou

collatérale observés en aliénation mentale. Tout ce qu'il est possible de dire à l'heure actuelle c'est que :

1° Il ne paraît pas exister de types familiaux de psychoses, présentant des caractères spéciaux. Les psychoses similaires que l'on rencontre dans certaines familles sont des plus variées et rien, dans leur symptomatologie ou dans leur évolution, ne permet de les différencier des psychoses qui atteignent les individus isolés ;

2° Le terme de psychoses familiales doit donc s'entendre dans le sens de maladies mentales similaires chez des individus d'une même famille, et non pas comme groupement particulier, parallèle au groupement : maladies nerveuses familiales ;

3° Parmi les psychoses familiales ainsi entendues on peut distinguer deux catégories : a) des psychoses où intervient secondairement la contagion mentale ou l'influence du milieu familial et qui comprennent plus spécialement des psychoses hallucinatoires et des délires d'interprétation ; b) des psychoses familiales proprement dites, dont les plus fréquentes sont la manie-mélancolie et la démence précoce ;

4° Le fait que la démence précoce revêt assez fréquemment le caractère familial plaide en faveur de la nature constitutionnelle de cette psychose ;

5° La folie gémellaire n'existe pas en tant que maladie autonome ; elle doit rentrer dans le groupe des psychoses familiales.

E. FEINDEL.

**698) Folie à deux. Deux Sœurs Persécutées Possédées. Hallucinations de la Vue et de l'Ouïe. Hallucinations psycho-motrices et de la Sensibilité générale**, par ALLAMAN (de Châlons-sur-Marne). *Progrès médical*, n° 22, p. 281, 31 mai 1913.

Intéressante observation concernant deux membres de la même famille, unis par la plus grande affection, délivrant ensemble et se donnant, pour ainsi dire sans cesse, un mutuel appui pour exprimer et pour renforcer leurs aberrations mentales.

Les deux sœurs semblent ne faire qu'une seule et même personne. Qui entend l'une entend l'autre. Ce sont les mêmes plaintes, les mêmes hallucinations, le même air attristé, la même attitude, les mêmes gestes, jusqu'au même timbre de voix. Si on ajoute qu'elles paraissent avoir le même âge, qu'elles ont même taille et maigre corpulence, même teint, on sera frappé de la ressemblance physique et morale que présentent les deux sœurs.

Elles sont manifestement atteintes de la folie à deux, folie que l'on a définie : état délivrant particulier résultant de l'action réciproque de deux sujets placés dans certaines conditions d'intimité.

Dans le cas actuel il n'y a pas eu folie simultanée. Marie, la cadette, a commencé à délivrer. Elle a communiqué faiblement son délivrance à sa sœur Virginie. Celle-ci s'est emparée fortement de ce délivrance, l'a développé, et c'est maintenant Virginie qui est l'élément actif, l'autre l'élément passif.

L'auteur a pu ici vérifier l'opinion d'Arnaud qu'il n'est nullement nécessaire que le premier sujet soit plus intelligent que le second. Il suffit qu'il ait, même avec une intelligence moindre, une volonté plus énergique et plus tenace. Mais alors il l'emporte sur lui par la vigueur du caractère.

Virginie, sujet actif, paraît beaucoup moins intelligente que sa sœur, mais elle l'emporte sur elle par la hardiesse, par une activité constante, par une profusion de paroles. Marie a plus de profondeur d'esprit, mais elle est timide,

ose à peine parler et a subi, à son tour, quoique plus intelligente, l'influence devenue prépondérante de sa sœur.

Il est difficile de dire laquelle des deux sœurs est le moins fortement atteinte, et si l'une d'elles est, comme l'ont constaté Lasègue et Falret, une aliénée par reflet ; elles paraissent délier autant l'une que l'autre. E. FEINDEL.

699) **Délire à trois**, par NORDMANN. *Soc. des Sciences méd. de Saint-Étienne*, 18 janvier 1913. *Loire médicale*, p. 416, 15 mars 1913.

Il s'agit des deux sœurs et de la mère. Les deux sœurs, également dégénérées, ne demandaient qu'à délirer ; il a suffi que l'une déclanchât l'autre ; quant à la mère, qui n'était que par moments sous l'influence de ses filles, elle ne fit qu'une bouffée délirante sans grande violence. E. F.

700) **L'Asthénie Psycho-motrice Constitutionnelle infantile. Asthénie et Neurasthénie chez l'Enfant**, par G. PAUL-BONCOUR. *Progrès médical*, an XLI, n° 45, p. 190-194, 12 avril 1913.

Observation concernant un enfant de 13 ans, tenu comme neurasthénique. Or ce sujet n'était pas seulement fatigué, apathique et lent dans ses mouvements, il présentait en outre les signes de la débilité motrice décrite par Dupré. Son impuissance musculaire était incontestablement et remarquablement accentuée.

Cette association d'arriération mentale, de fatigue générale, d'apathie intellectuelle et musculaire, de débilité motrice sans aucune réaction émotionnelle constitue un syndrome d'asthénie psycho-motrice qui se distingue nettement de la neurasthénie.

D'après toute son histoire le sujet est un asthénique constitutionnel, et l'on peut en retrouver des preuves jusque peu de temps après sa naissance.

L'auteur cite d'autres cas analogues pour tracer un tableau d'ensemble de l'asthénie psycho-motrice constitutionnelle infantile. E. FEINDEL.

### PSYCHOSES CONGÉNITALES

701) **L'Idiot Microcéphale Baptiste**, par EMILIO RIVA (de Reggio-Emilia). *Rivista sperimentale di Frenatria*, vol. XXXIX, p. 425-476, 31 mars 1913.

Ce travail est une étude extrêmement minutieuse et détaillée au point de vue clinique, anthropologique et anatomique d'un grand microcéphale dont la capacité crânienne ne dépassait pas 500 centimètres cubes.

Au point de vue de cette capacité et des indices crâniens, le sujet se place nettement entre le nègre et le gorille, très loin de celui-là, très près de celui-ci.

Quant au cerveau de ce microcéphale il est simien, pesant 466 grammes, et sa surface ne présente que des sillons de premier ordre.

L'auteur n'a pu déceler aucune lésion responsable d'un tel arrêt de développement. Il se trouve donc amené à affirmer l'existence d'une microcéphalie pure attribuable au seul atavisme. F. DELENI.

702) **Deux cas d'Idiotie Mongoloïde**, par A. MORETTI (de Florence). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, vol. XVIII, fasc. 1, p. 12-48, janvier 1913.

La question de l'idiotie mongoloïde comporte de nombreuses inconnues dont

nulle n'a reçu de solution satisfaisante. Aussi les observations minutieuses de cette affection sont-elles les bienvenues. Il est permis de dire que les deux cas très étudiés apportés par Moretti constituent une contribution fort importante à l'étude de l'idiotie mongoloïde. Les deux cas sont absolument typiques. Le premier concerne un garçon de 26 ans, et on peut remarquer, en passant que, des mongoloïdes de cet âge sont rarement observés. Le deuxième cas concerne une fillette de 9 ans; neuf bonnes photographies viennent objectiver les deux observations.

On sait que les mongoloïdes peuvent être des idiots profonds ou des imbeciles légers; quel que soit leur degré de déficit mental, ils ont des caractéristiques communes. Ils ont bon caractère, ils ont de la mémoire, ils sont curieux, ils ont le don d'imitation, ils sont peureux et ils s'irritent facilement. Des deux sujets de l'auteur, l'un est bon imitateur et un grimacier incomparable malgré son idiotie profonde; la fillette est vaniteuse, capricieuse, irritable, quoique habituellement docile et tranquille.

F. DELENI.

**703) Contribution à l'Étiologie, la Pathogénie et l'Anatomie pathologique de l'Idiotie amaurotique de Tay-Sachs, par SAVINI-CASTANO et SAVINI. *Zeitschrift für Kinderheilkunde*, t. VII, fasc. 5 et 6, 1913.**

Étude histologique détaillée.

Les caractéristiques du cas sont une absence presque complète de la myélinisation, tant par arrêt de développement que par dégénération.

État sphérique ou piriforme des cellules nerveuses contenant un spongioplasme lâche et une substance basophile granuleuse dont les fines granulations se trouvent surtout autour du noyau. Absence de neurofibrilles et de cylindraxe, dont on ne trouve que des segments sans continuité avec les cellules. Neuronophagie très abondante. Infiltration des gaines vasculaires, non décrite jusqu'ici. Corps amylocés, surtout dans la région postérieure du cerveau, où les lésions parenchymateuses sont les plus intenses; ils constituent une sorte de sénilité précoce; ils sont formés, sans doute, par des débris de cylindraxe cédématisés avec des restes de myéline.

On rencontre tous les degrés, du simple arrêt de développement à la dégénération la plus intense.

Les lésions sont conformes aux descriptions des auteurs et les complètent.

L'arrêt de développement paraît en rapport avec une insuffisance pluri-glandulaire qui complique une dégénération progressive endo-toxique.

M. TRÉNEL.

**704) Deux cas d'Idiotie amaurotique, par V. MAGNUS. *Norsk Magasin f. Lægevidenskaben*, 1912, p. 1598.**

Communication de deux observations.

C.-M. WERTZEN.

**705) Les Anormaux profonds, par le docteur MAERE (de Gand). Congrès de Gand, 1913.**

L'éducation médico-pédagogique des anormaux profonds est plus lente et plus laborieuse que chez les autres anormaux.

La méthode perfectionnée frœbelienne polysensorielle combinée avec les exercices rythmiques ainsi qu'une patience inlassable des éducateurs constituent les facteurs principaux des améliorations. S'il y a des déceptions inévitables, il y a aussi des résultats encourageants.

Il est permis d'estimer que les idiots peuvent être élevés d'un échelon dans l'échelle psychométrique, les imbéciles sont améliorés dans les diverses sphères morales et intellectuelles, et les arriérés sont rendus à la société.

La statistique donne 25 % d'enfants sortis de l'établissement améliorés ou guéris et 15 % si on y comprend la population encore internée.

PAUL MASOIN.

706) **Anormaux et Arriérés**, par L. BAUMEL. *L'Enfance anormale*, n° 3, p. 125-130, mars 1912.

A propos de deux enfants anormaux, deux idiots, l'auteur considère dans une vue d'ensemble anormaux et arriérés et envisage les effets de l'éducation appliquée à ces enfants.

E. F.

707) **Les Enfants Arriérés**, par RAOUL DUPUY. *L'Enfance anormale*, n° 2, p. 67-71, février 1912.

L'auteur classe et décrit les arriérés et montre combien la thérapeutique générale, l'opothérapie et l'éducation peuvent les améliorer.

E. F.

708) **La Caractéristique Anthropométrique de seize Garçons Arriérés**, par B. BOUNAK (de Moscou). *Psychiatrie contemporaine (russe)*, numéro de juillet 1913.

On notait chez ces garçons un développement insuffisant des muscles mimiques, liés avec l'acte de l'idéation, et l'affaiblissement de la concentration de l'attention. Leur mimique avait pour particularités l'uniformité et le manque d'expression.

SERGE SOUKHANOFF.

709) **La taille et le Poids des Enfants Arriérés dans les Institutions d'Amérique**, par HENRY-H. GODDARD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. XXXIX, n° 4, p. 217-235, avril 1912.

D'après les tableaux et les courbes de l'auteur, il semble y avoir une corrélation remarquable entre la croissance physique et le développement mental. L'arriéré du degré inférieur, l'idiot, ne possède pas seulement un cerveau perturbé dans sa fonction, son organisme tout entier est mal venu et sa croissance s'est mal faite.

En ce qui concerne l'imbécile, la même chose est vraie, mais à un moindre degré. Il est à remarquer ce fait intéressant que l'imbécile grandit d'une façon normale dans ses premières années ; mais sa croissance s'arrête plus tôt que chez les enfants normaux.

Tous les arriérés sont plus lourds à leur naissance que les enfants normaux ; mais on ne peut mettre leur arriération sur le compte de lésions produites par l'application instrumentale dans des accouchements difficiles.

Enfin les différences de sexe sont moins marquées à mesure que l'on descend les degrés de l'arriération mentale.

THOMA.

710) **Invalidité intellectuelle et Morale dans les Écoles de Montpellier (première note)**, par A. MAIRET et E. GAUJOUX. *Annales médico-psychologiques*, an LXX, p. 5-11, juillet 1912.

Étude statistique et nosographique de l'arriération dans les écoles. Sur 550 garçons examinés, 78 (14 %) sont anormaux ou paranormaux.

E. F.

**711) L'Invalidité Intellectuelle et Morale dans les Écoles de Montpellier (deuxième note)**, par A. MAIRRET et E. GAUJOUX. *Annales médico-psychologiques*, an LXX, n° 2-3, p. 162-168, août-septembre 1912.

Les auteurs tirent de leur étude des indications qui ont trait au surpeuplement des écoles, aux arrêts de développement de l'intelligence, du caractère et de la volonté, aux déviations de l'intelligence et du caractère, aux anomalies de l'ensemble de l'être psychique, et formulent deux conditions nécessaires pour que le meilleur rendement soit obtenu de tous les élèves et des arriérés en particulier :

1<sup>e</sup> Extension des attributions des médecins inspecteurs des écoles, ayant désormais pour rôle de déterminer, aussi bien que l'état physique des enfants, les anomalies psychiques propres à chaque élève, et de les soigner soit directement, soit en collaboration avec le maître;

2<sup>e</sup> Création, dans toute école suffisamment nombreuse, de cours manuels réservés aux enfants qui, sans être des arriérés graves, sont atteints de débilité intellectuelle acquise ou constitutionnelle, et ne sauraient utiliser toute l'instruction de l'enseignement primaire.

E. FEINDEL.

**712) La Débilité Mentale et les Enfants des Écoles**, par E. BOSWORTH MAC CREADY (de Pittsburg). *Medical Record*, n° 2233, p. 329, 23 août 1913.

Plaidoyer en vue de l'exclusion des arriérés des écoles publiques ; des classes spéciales doivent leur être réservées.

THOMA.

**713) Un Enfant Arriéré. Considérations physio-pathologiques**, par RAOUL DUPUY. *Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale*, novembre 1912, p. 304.

Présentation d'un enfant de 15 ans, en paraissant 42; l'auteur en fait un hypotendu intoxiqué, pouvant être amélioré par l'activation de ses échanges paresseux (hydrothérapie, massage, grand air, osthéopathie).

La place de tels enfants n'est pas dans les asiles ; mais les écoles d'arriérés, prévues par la loi, ne sont pas encore créées.

E. F.

**714) Traitement d'état pour les Arriérés**, par MARIA-M. VINTON. *Medical Record*, n° 2211, p. 328, 22 mars 1913.

Étude portant sur l'assistance scolaire et hospitalière donnée aux enfants arriérés d'Amérique, avec aperçu des résultats qu'on est en droit d'en attendre.

THOMA.

**715) Insuffisance Glandulaire et Anormaux passifs dans l'Armée**, par CHARLES COT et DUPIN (de Privas). *L'Encéphale*, an VIII, n° 3, p. 223-234, 10 mars 1913.

Une variété des anormaux de l'armée sont décrits par Haury sous le terme de « débiles passifs » ; leur intelligence ne parvient pas à se mettre à la hauteur de la tâche journalière qui leur est demandée. Or, on retrouve, chez ces sujets, un syndrome constant, celui de la torpeur. Ce sont non seulement « des indigents, des pauvres », mais aussi des apathiques, des engourdis. Ils ne savent pas faire vite, et cette fatigue qu'ils éprouvent à penser, à vouloir ou à accomplir une action, est une des caractéristiques des anormaux passifs. Ils forment à eux seuls un nombre considérable de ces « paresseux pathologiques » si fréquemment rencontrés dans l'armée.

Cot et Dupin se sont préoccupés de la pathogénie des troubles que présentent ces débiles passifs. A leur avis, et d'après l'observation qu'ils rapportent, c'est l'insuffisance thyroïdienne qui est en jeu. Aussi convient-il, dans l'étude de l'indiscipline morbide, de faire une place à la débilité paresseuse et somnolente qui relève de l'altération glandulaire.

E. FEINDEL.

### OUVRAGES REÇUS

CLARK (D.-Pierce) and SHARP (Edward-A.), *The role which heredity plays in inducing epilepsy in children suffering from infantile cerebral palsy*. Journal of nervous and mental disease, octobre 1913.

CLAUDE (Henri), *Existe-t-il une polynévrise oxycarbonée?* Progrès médical, 24 mai 1913, p. 263.

CLUZET (J.), FROMENT (J.) et MAZET, *A propos d'un cas de maladie de Thomsen. Le syndrome électrique myotonique*. Lyon médical, 29 novembre 1912.

COLLIN (André), *Le développement de l'enfant. Retard simple essentiel et précocité de l'enfant de deux à quatre ans*. O. Doin, édit., Paris, 1914.

CORRÈA (Mendes), *Os criminosos portugueses. Estudos de anthropologia criminal*. Un vol. de 309 pages, Imprensa Portuguesa, Porto, 1913.

COURMONT (P.) et FROMENT (J.), *Septicémie et méningite cérébro-spinale à méningo-coque chez un syphilitique héréditaire à lésions articulaires et viscérales*. Lyon médical, 9 février 1913.

CYGIELSTREJCH (Adam), *Les conséquences mentales des émotions de la guerre*. Annales médico-psychologiques, février-mars 1912.

DAMAYE (Henri) (de Bailleul), *Études sur les troubles mentaux de la vieillesse*. Archives de Neurologie, septembre 1913.

DAMAYE (Henri) et MARANGÉ (Jules), *Héréo-syphilis. Arriération intellectuelle congénitale transformée en paralysie générale*. Echo médical du Nord, 26 octobre 1913.

DEAGBORN, *The nerve-mechanism of voluntary movement*. American physical Education Review, mai 1912.

DERGUM (Francis) (de Philadelphie), *A clinical manual of mental Disease*. Un vol. in-8° de 425 pages, Saunders et Cie, Philadelphie, 1913.

DIDE (Maurice), *Quelle est la place des idéalistes passionnés en nosologie?* Journal de Psychologie normale et pathologique, juillet-août 1913.

DIDE (Maurice), *Die Nosologie des « passionierten Idealismus »*. Neurologisches Centralblatt, 1913, numéro 44.

DIDE (Maurice) et CARRAS (G.), *Psychose périodique complexe. Délire d'interprétation, psychose excito-dépressive, obsessions et impulsions*. Annales médico-psychologiques, mars 1913.

DIDE (Maurice) et LEVÈQUE (Mlle), *Psychose à base d'interprétation passionnée chez un idéaliste passionné de la justice et de la bonté*. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, janvier-février 1913.

DIDE (Maurice) et PEZET (Charles), *Syndrome occipital avec dyspraxie complète surajoutée*. Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale, juin 1913.

DONATH (Julius) (de Budapest). *Natrium nucleicum in der Behandlung der Dementia praecox*. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1913, numéro 2.

DONATH (Julius) (de Budapest), *Die Entstehung der Salzlosen Diät in der Behandlung der Epilepsie*. Epilepsia, Leipzig, 1913.

EDINGER (L.) u. WALLENBERG (A.). *Anatomie des Zentralnervensystems. Sechster Bericht enthaltend die Leistungen und Forschungsergebnisse in den Jahren 1911 und 1912*. Marcus et Webers, édit., Bonn, 1913.

ERB (Wilhelm), *Die beginnende Klärung unserer Anschamengen über den Begriff der Metasyphilis des Nervensystems*. Sitzungsberichte der Heidelberg Akademie der Wissenschaften, Mathematisch-naturwissenschaftliche Klasse, 1913.

ERB (Wilhelm), *Tabes. Rückschauende un nachdenkliche Betrachtungen*. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, Bd. 47 et 48, 1913.

FERRARI (Manlio) (de Gênes), *Ricerche istologiche sul sistema nervoso centrale in discendenti de animali cronicamente alcoolizzati*. Clinica medica italiana, 1914.

FERRARI (Manlio) (de Gênes), *Sulle alterazioni del sistema nervoso centrale delle cavie nella intossicazione acuta e cronica pervari alcools*. Annali dell' Instituto Maragliano, décembre 1914.

FERRARI (Manlio) (de Gênes), *Sull' antagonismo fra i reflessi tendinei ed i reflessi cutanei nell' alcoolismo cronico*. Clinica medica italiana, 1913.

FLEISCHMANN (Rudolf), *Ueber einen Fall von Landryscher Paralyse bedingt durch salvarsan. Intoxikation*. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 23 novembre 1912.

FORGUE (E.) et RAUZIER (G.), *Abcès du cervelet d'origine otique*. Province médicale, 2 et 9 novembre 1912.

FRAENKEL (Max), *Weitere Beiträge zur Bedeutung der Auswertungsmethode der Wassermann-Reaktion im Liquor cerebro-spinalis und der Hand von 32 Klinisch und anatomisch untersuchten Fällen. Ueber das Vorkommen der Wassermann-Reaktion im Liquor cerebro-spinalis bei Fällen von frischer primärer und sekundärer Syphilis*. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1912, t. XI, numéros 1-2.

FRAENKEL (Max), *Erfahrungen über Behandlung der multiplen Sklerose mit Fibrolysin*. Neurologisches Centralblatt, 1913, numéro 4.

FRANKL-HOCHWART (L. v.) *Ueber den Einfluss des Tabakrauches auf den menschlichen Organismus*. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 47-48, 1913.

FRAZIER and MILLS, *Intradural root anastomosis for the relief of paralysis of the bladder*. University of Pennsylvania Department of Neurology and Neuropathology, vol. VI, Philadelphia, 1914-1912.

FROMENT (J.), *De la mobilisation systématique et de ses indications dans le traitement des sciatiques*. Lyon médical, 14 avril 1912.

FROMENT (J.), *La paralysie infantile*. Lyon médical, 10 novembre 1912.

FROMENT (J.), *Signification de l'épreuve Proust-Lichtheim-Dejerine*. Société médicale des Hôpitaux de Paris, 21 février 1913.

FROMENT (J.), *Titres et travaux scientifiques*. A. Rey, édit., Lyon, 1913.

FROMENT (J.) et MONOD (O.), *L'épreuve de Proust-Lichtheim-Dejerine*. Revue de médecine, 10 avril 1913.

FROMENT (J.) et MONOD (O.), *Du langage articulé chez l'homme normal et chez l'aphasique*. Archives de Psychologie, avril 1913.

FROMENT (J.) et MONOD (O.), *Etude anatomique et clinique d'un cas d'aphasie totale*. Lyon médical, 27 avril 1913.

FROMENT (J.) et PILLOON. *A propos de deux cas d'aphasie motrice pure.* Lyon médical, 30 mars 1913.

FROMENT (J.), PILLOON et DUPASQUIER, *Aphasie et gliomes cérébraux.* Lyon médical, 20 avril 1913.

FRONCZACK (Francis-E.), *A study of the acute anterior poliomyelitis epidemic which occurred in the City of Buffalo, New York, during the year 1912.* Hospital Bulletin, n° 4, Department of Health Buffalo, 1913.

FUMAROLA (G.) et ZANELLI (C.-F.), *La nevrosi delle telefoniste.* Policlinico, sezione pratico, 1913.

GANDY (Ch.), *Infantilisme tardif de l'adulte.* Mouvement médical, juillet 1913.

GORRITI (Fernand) (de Buenos-Aires), *Sur une forme associée du délire d'interprétation; son autonomie clinique et sa place nosographique; présentation d'écrits.* Bulletin de la Société clinique de médecine mentale, avril 1913.

GREENMANN (M.-J.), *Studies on the regeneration of the peroneal nerve of the albino rat. Number and sectional areas of fibres. Area relation of axis to sheath.* Journal of comparative Neurology, octobre 1913.

GREGGIO (Ettore) (de Padoue), *Intorno alla compressione mediana del cervelletto.* Clinica chirurgica, 1913.

GREGGIO (Ettore), *Intorno alla compressione mediana del cervelletto. Memoria II. Osservazioni anatomo-patologiche.* Clinica chirurgica, 1913.

GREGGIO (Ettore) (de Padoue), *Contributo sperimentale allo studio delle localizzazioni cerebellari.* Folia neuro-biologica, 1913, numéro 10.

GRIFFITH and SPILLER, *Amyotonia congenita: a clinical and pathological study.* University of Pennsylvania Department of Neurology and Neuropathology, vol. VI, Philadelphia, 1911-1912.

GUALINO (Lorenzo) (d'Alexandrie), *Contributo clinico alla patogenesi delle epilessie mestruali.* Annali di Freniatria e Scienze affini, Turin, 1907.

GUALINO (Lorenzo) (d'Alexandrie), *Sopra un caso di cretinismo sporadico.* Annali di Freniatria e Scienze affini, Turin, 1908.

GUALINO (Lorenzo) (d'Alexandrie), *La pazzia nella provincia di Torino. Confronti statistici.* Annali di Freniatria e Scienze affini, Turin, 1908.

GUALINO (Lorenzo) (d'Alexandrie), *Contributo clinico, antropologico ed anatomico alla patogenesi della microcefalia.* Annali di Freniatria e Scienze affini, Turin, 1909.

GUALINO (Lorenzo) (d'Alexandrie), *La pazzia in provincia di Alessandria. Considerazioni statistiche. Il movimento general del manicomio dal 1811 al 1911.* Cronaca del R. Manicomio di Alessandria, 1911, numero 4.

GUALINO (Lorenzo) (d'Alexandrie), *Sulle psicosi periodiche con epilessia. Rassegna storica e contributo clinico.* Cronaca del R. Manicomio di Alessandria, 1912, numero 2.

GUALINO (Lorenzo) (d'Alexandrie), *La pazzia in provincia di Alessandria. Le forme morbose.* Cronaca del R. Manicomio di Alessandria, 1912, numéros 3 et 4.

GUALINO (Lorenzo) (d'Alexandrie), *La pazzia in provincia di Alessandria. La follia nei mesi e nelle stagioni.* Cronaca del R. Manicomio di Alessandria, 1912, numero 7.

GUALINO (Lorenzo) (d'Alexandrie), *Considerazioni statistiche sui pazzi criminali al manicomio di Alessandria nel ventennio 1893-1912.* Cronaca del R. Manicomio di Alessandria, 1913, numero 2.

HATAI (Shinkishi), *On the weights of the abdominal and the thoracic viscera, the*

*sex glands, ductless glands and the eyeballs of the albino rat according to body weight.* American Journal of Anatomy, juillet 1913.

HATAI (Shinkishi), *The effect of castration, spaying or semi spaying on the weight of the central nervous system and of the hypophysis of the albino rat.* Journal of experimental Zoology, octobre 1913,

HAURY, *La paresse pathologique.* Archives d'Anthropologie criminelle, août-septembre 1913.

HEYNOULD (Werner), *Klinische Beiträge zur Frage nach dem Zusammenhang von « Traumatischer Neurose mit degenerativer Disposition ».* Aerztliche Sachverständigen-Zeitung, 1911, numéro 6.

HIRSCHFELD u. LEWANDOWSKY, *Der Eigenreflex der grossen Zehe.* Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1913, numéros 4-2.

HOUSSAY et BERUTI, *La medicacion hipofisiaria como agente enterocinetico.* Revista de la Sociedad medica argentina, vol. XXI, p. 245, 1913.

HOUSSAY, GIUSTY et MAAF, *Accion de los solutos hipofisiarios y de su principio activo sobre la secrecion lactea.* Revista de la Sociedad medica argentina, vol. XXI, p. 365, 1913.

---

*Le Gérant : P. BOUCHEZ.*

